

DIE VERWEILDAUER IN DER KLINIK
UND DAS PROBLEM DER
ENTLASSUNG AUS DER KLINIK
AUS DER SICHT DES PATIENTEN

Eine Untersuchung an der Nervenlinik der Universität München,
ergänzt durch eine ausführliche Darstellung von Literatur über damit
zusammenhängende Fragen und Beobachtungen

MARIA WIRTH

1974

AUS DER NERVENKLINIK DER UNIVERSITÄT MÜNCHEN

Direktor: Prof. Dr. H. HIPPIUS

DIE VERWEILDAUER IN DER KLINIK UND DAS PROBLEM DER
ENTLASSUNG AUS DER KLINIK AUS DER SICHT DES PATIENTEN

Eine Untersuchung an der Nervenlinik der Universität
München, ergänzt durch eine ausführliche Darstellung
von Literatur über damit zusammenhängende Fragen und
Beobachtungen

Inaugural - Dissertation
zur Erlangung der Doktorwürde in der gesamten Medizin
verfaßt und einer Hohen Medizinischen Fakultät
der Ludwig Maximilians-Universität zu München

vorgelegt von
M a r i a W i r t h
aus
Weiden/Opf.

Jahr
1974



Mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät der
Universität München

Berichterstatter:	Professor Dr. H. DIETRICH
Mitberichterstatter:	Professor Dr. H. HIPPIUS
Dekan:	Professor Dr. W. SPANN

Tag der mündlichen Prüfung: 7. 5. 1974



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41551925_0019

INHALTSVERZEICHNIS

	Seite
Einleitung	1
1. Teil: Einführende Literatur	3
Vorbemerkung: Richtungen in der Psychiatrie	3
1. Das Problem der Entlassung	6
2. Einstellung der Gesellschaft zum psychisch Kranken und zur psychiatrischen Klinik	9
3. Zeit-, insbesondere Zukunftserleben	13
4. Arzt-Patienten-Beziehung	30
5. Frustration, Aggression, Resignation	45
6. Psychosomatik	58
2. Teil: Eigene Untersuchungen	63
1. Methode der Materialsammlung und der Auswertung	63
1.1 Materialsammlung	63
1.2 Methode der Auswertung	67
2. Beschreibung des der Auswertung zugrundeliegenden Materials	69
2.1 Fragebogen	69
2.2 Krankengeschichten	70
2.3 Lochkarten	71
2.3.1 Beschreibung des allgemeinen Teils der Lochkarten	71
2.3.2 Beschreibung des speziellen Teils der Lochkarten	73
2.3.2.1 Response-Patienten	73
2.3.2.2 Non-Response-Patienten	74
3. Ergebnisse der Untersuchung	75
3.1 Untersuchungszeitraum, Responserate	75

	Seite
3.2 Prüfung der Kollektivgruppen auf Unterschiede hin	77
3.3 Responsekollektiv-Ergebnisse der Fragebogenuntersuchung	79
3.3.1 Fragenkreis A	81
3.3.2 Fragenkreis B	88
3.3.3 Fragenkreis C	94
3.3.4 Untersuchung eines Zusammenhangs der Begründungen in den Fragen A 2,2; B 2,2; C 1,2	111
3.3.5 Untersuchung eines Zusammenhangs zwischen den Umständen der Fragebogenausgabe bzw. -rückgabe und der Beantwortung des Fragebogens	112
3.3.6 Untersuchung der Ablehnungsgründe bei Nichtbeantwortung des Fragebogens	114
3.3.7 Untersuchung eines Zusammenhangs zwischen der Gesamtverweildauer und den drei häufigsten Diagnosegruppen	116
4. Zusammenfassender Überblick über die Ergebnisse der Untersuchung und Deutungsversuche	118
4.1 Kollektivunterschiede	118
4.2 Ergebnisse der Befragung mittels Fragebogen	119
4.2.1 Ergebnisse zum 1. Grundanliegen der Arbeit	119
4.2.2 Ergebnisse zum 2. Grundanliegen der Arbeit	122

Seite

4.2.3 Ergebnisse zum 3. Grundanliegen der Arbeit	125
4.3 Einfluß der Umstände von Fragebogen- ausgabe und -rückgabe auf die Beant- wortung der Fragen	133
4.4 Hinweise für den Arzt in der Klinik	135
4.5 Vergleich der Ergebnisse mit Angaben in der Literatur	137
4.5.1 Zeit-, Zukunftserleben	137
4.5.2 Arzt-Patienten-Beziehung	139
4.5.3 Frustration, Aggression, Resig- nation	141
4.5.4 Anhang	143
Schluß	145
1. Mögliche Einwände gegen die Arbeit	145
2. Ausblick	146
Zusammenfassung	148
Literaturverzeichnis	150

" Die Heilkunst umfaßt dreierlei:

die Krankheit, den Kranken und den Arzt. "

Hippokrates, Epidemiorum I

EINLEITUNG

In zunehmendem Maße wird heute von vielen Seiten über die Verweildauer des Kranken in der Klinik gesprochen. Zu Wort melden sich Stimmen aus dem Klinikbereich selbst, aus der Soziologie, aus der Volkswirtschaft und nicht zuletzt aus der klassenkämpferisch orientierten "Linken" in unserer Gesellschaft. Wie aber steht der Patient selbst zu diesem "heißen Eisen" innerhalb der Diskussion um die Reform unseres deutschen Krankenhauswesens?

Aus der Beschäftigung mit dieser Frage entwickelten sich die drei Grundanliegen der vorliegenden Arbeit, nämlich herauszufinden,

- 1, ob der Patient Vorstellungen über seine Verweildauer in der Klinik besitzt (vor einer ärztlichen Auskunft über seinen Entlassungstermin) und welche;
- 2, wie die Beziehung Patient-Arzt in der Frage des Entlassungstermins aussieht;
- 3, wie der Patient gefühlsmäßig die Ungewißheit über seinen Entlassungstermin erlebt, und ob und welche Folgen dieses Erleben zeigt.

Hinter der Untersuchung stand zudem die stille Hoffnung, Hinweise für den Arzt in der klinischen Praxis zu finden, wie sich sein Umgang mit den Patienten in der Frage ihres Entlassungstermins möglichst konfliktfrei gestalten läßt.

Da ich in der Untersuchung vom Patienten ausgehe und sein subjektives Empfinden, auch über sein Gesund- oder Kranksein, als Maßstab gelten lasse, erübrigt sich die Definition von

Begriffen wie Gesundheit, Krankheit, Normalität und Entlassungskriterien, die andernfalls unerlässlich wäre.

Die vorliegende Arbeit ist natürlich in jedem Fach der klinischen Medizin durchführbar. Zwei Gründe lassen sich dafür anführen, daß sie auf das medizinische Teilgebiet der Psychiatrie beschränkt wurde:

1. Gerade auf dem Gebiet der Psychiatrie ist heute die Diskussion um eine Reform des Anstaltswesens sehr ausgedehnt.
2. In der Psychiatrie läßt sich im Gegensatz zu den meisten anderen Bereichen der Medizin die Länge des Klinikaufenthalts nur schwer voraussagen.

1. Teil: EINFÜHRENDE LITERATUR

Vor der Darstellung und Erörterung der durchgeführten Untersuchung in der Nervenlinik der Universität München soll ein Gang durch die Literatur im Umkreis des angedeuteten Fragenkomplexes auf diesen einstimmen, ihn verdeutlichen und ergänzen.

Degkwitz und Schulte (1, 1a) setzten sich mit der Versorgung psychisch Kranker in der Bundesrepublik Deutschland an Hand von ausführlichem Zahlenmaterial auseinander. Sie stellen einen Bettenmangel und eine immer stärkere Überfüllung der Kliniken fest. Nach ihren Untersuchungen in Baden-Württemberg bleiben nur 9 % der aufgenommenen Patienten länger als 300 Tage in der Klinik. Dabei ist interessant, daß bei diesen Langzeitpatienten nicht die Erkrankung selbst entlassungshemmend wirkt, sondern soziale Faktoren ausschlaggebend sind: soziale Isolierung außerhalb der Klinik, schlechte berufliche Qualifikation, höheres Lebensalter. Ein Punkt der Kritik u.a. ist der festgestellte Mangel an Ärzten wie an Pflegepersonal.

Ähnliche Ergebnisse sind der Krankenhausstatistik 1970 (2) zu entnehmen. Auch hier ist die Verweildauer der Patienten in der Klinik eine von organisatorisch-wirtschaftlicher Seite her erörternswerte Größe.

"Grundsätzliches zur Aufenthaltsdauer" stellt Büchel (3) fest. Heute sei ein "Wettlauf um eine möglichst kurze Aufenthaltsdauer" üblich. Er mahnt zu einem Kompromiß zwischen den volkswirtschaftlichen Interessen und den Interessen der Kranken.

Scholer (4) erörtert die "Verweildauer aus ärztlicher Sicht" und erinnert daran, daß die Aufgabe des Krankenhauses sei, "dem Kranken zu dienen". Es scheint heute nötig, dies ab und zu wieder deutlich ins Gedächtnis zu rufen. Als einen der

Faktoren bezüglich der Länge des Krankenhausaufenthalts zeigt er die umgekehrte Proportionalität von Verweildauer und Umfang der Bettenausnützung. Wie schon Degkwitz und Schulte (1, 1a) kommt auch Scholer zur Feststellung soziologischer Einflüsse auf die Verweildauer. Von Einfluß seien die soziologische Situation "des großen Kollektivs", die des Kranken als Einzelwesen und die soziologische und ökonomische Situation der Klinik.

Während die bisher genannten Autoren bei aller Einzelkritik noch keine grundsätzliche Kritik gegen das psychiatrische Krankenhauswesen bringen, dienen die Klinikstatistiken, Angaben über die Arztdichte usw. bei Parow (5) nur als Einstimmung für die anschließende kritische Auseinandersetzung mit der heute praktizierten Psychiatrie. Die Effektivitätsforderung an die Klinik mache den Patienten zum passiven und rein biologisch definierten Adressaten eines entpersönlichten Behandlungsprozesses.

Was bei Parow, Cooper (6), Goffman (7), Basaglia (8) in den Vordergrund der Betrachtung tritt, ist das Individuum, das die "Karriere des Geisteskranken" (Goffman, 7) durchläuft, und seine Interaktionen mit seiner Umwelt außerhalb und in der psychiatrischen Institution. Der klassischen Richtung der Psychiatrie stellt sich die "Antipsychiatrie" (Cooper, 6) gegenüber. Eine Auflösung der gewohnten Anstaltsstrukturen wird propagiert. Nicht mehr die Verweildauer des Patienten in der Klinik als Ausweis der Behandlungseffektivität ist wichtig, sondern das Ausmaß der Rehabilitierung, der Resozialisierung des Kranken. Die Grenzen zwischen "gesund" und "krank" verschwimmen. Basaglias (8) Experiment Görz zeigt anschaulich den Prozeß des Umdenkens, der in die Gesellschaftskritik einmündet. Und so liest man auch im "Kursbuch 28" (9) den Satz: "Die Psychiatrie - als die Hl. Inquisition der seelischen Gesundheit - ist eine der kapitalistischen Gewaltapparaturen, die zugleich die Aussichtslosigkeit von Widerstand vermit-

keln." In allen Anstalten existiere eine Front zwischen dem rechtlosen Patienten und den Pflegern, Ärzten usw.

Cooper (6) spricht von der "Gewalt der Psychiatrie", Basaglia (8) von der "institutionellen Gewalt", "die auf allen Ebenen agiert, weil jede Rebellion des Patienten ein für allemal als krankheitsbedingt ausgelegt wird". Auch Goffman (7) setzt sich mit diesem Gesichtspunkt ausführlich auseinander und kann ihn nur bekräftigen.

Wogegen rebelliert der Patient? Nach Goffman (7) gegen die totale Institution mit ihrer "Diskulturation", ihren Verdemütigungen des Patienten, gegen die geforderte autoritäre Unterordnung.

Diese Art der Beziehung zwischen Patient und Behandlungsstab wird anschaulich von Hemprich und Kisker (10) dargestellt in ihrer Untersuchung mit dem bildhaften Titel "Die 'Herren der Klinik' und die Patienten". Sie stellen besonders die Rolle des Pflegepersonals neben der der Ärzte heraus und verdeutlichen die "institutiogenen" Einschlüsse psychiatrischer Symptome.

Auf Grund dieser Erfahrungen fordert Kretz (11) eine veränderte Haltung all derer, die an der Behandlung psychisch Kranker beteiligt sind, während die obengenannten Autoren weiter gehen und nicht nur veränderte interpersonale Beziehungen fordern, sondern eine tiefgreifende Umstrukturierung der klinischen psychiatrischen Krankenbehandlung mit Aufhebung jeglicher Reglementierung der Patienten und der "Bewachungsmentalität" (Basaglia, 8).

Bindeglied zwischen der extremen Richtung der Antipsychiatrie und der konservativen Psychiatrie ist die Sozialpsychiatrie, die Strotzka (12) als jene Wissenschaft definiert, "die sich systematisch mit der Bedeutung von sozialen-, kulturellen- sowie Umgebungsfaktoren im weitesten Sinne für seelische Gesundheit und Krankheit befaßt". Diesem Fach läßt sich die vorliegende Arbeit wohl am ehesten zuordnen.

Nach der Gegenüberstellung der kooperativen- und der rebellierenden Richtung in der psychiatrischen Lehre und Praxis von heute sei Literatur zu den folgenden Gesichtspunkten betrachtet, die in Zusammenhang mit der durchgeführten Untersuchung stehen und von Bedeutung für die Diskussion der Ergebnisse sind:

- 1, das Problem der Entlassung
- 2, Einstellung der Gesellschaft zum psychisch Kranken
- 3, Zeit-, insbesondere Zukunftserleben
- 4, Arzt-Patienten-Beziehung
- 5, Frustration, Aggression, Resignation
- 6, Psychosomatik.

1. Das Problem der Entlassung

Degkwitz (1a) sieht das Problem bei uns vor allem in einem zu schroffen Übergang von stationärer zu ambulanter Behandlung. Die Zwischeneinrichtungen würden fehlen. Indirekt weisen darauf auch die Assistenzärzte der Universitätsnervenklinik Frankfurt in ihrer Protesterklärung hin (13). Weil die klinische Nachsorgebehandlung nicht gewährleistet sei, müßten Patienten oft länger als medizinisch vertretbar in überfüllten geschlossenen Stationen bleiben.

Auf soziologische Faktoren, die die Entlassung beeinflussen, wurde zu Beginn der Literaturübersicht schon hingewiesen. Ergänzend dazu stellen Bauer und Richartz (13a) fest, daß die Verweildauer eines Patienten statistisch gesichert auch eine Funktion der Lage des Wohnorts zur Klinik sei: je entfernter der Wohnort des Patienten, desto länger der Klinikaufenthalt.

Goffman (7) betont als Entlassungsgrund besonders die erreichte "soziale Konformität" durch die disziplinierende Kraft des Stationssystems. Im allgemeinen sei der Entlas-

sungszeitpunkt genauso wie der Klinikeintritt durch einen "Satz von Zufällen" bestimmt.

In einer Untersuchung von Watt und Buglass (14) über die Wirkung klinischer und sozialer Faktoren auf die Entlassung chronisch psychiatrischer Patienten wird festgestellt, daß keine Beziehung zwischen Entlassung und Krankheitsschwere bei Patienten ohne produktive Symptomatik bestehe. In dieser Patientengruppe wird die schon erwähnte Erfahrung bestätigt, daß Unverheiratete eine signifikant höhere Verweildauer als Verheiratete zeigen, ebenso Patienten, die außerhalb der Klinik keine Beziehungsperson besitzen. Als Endergebnis wird festgehalten, daß bei chronisch gewordenen endogenen Psychosen die Diagnose keine Wirkung auf die Entlassung habe.

Die Relevanz der Diagnose für die Entlassung, somit für die Verweildauer in der Klinik, wird indirekt auch von Dörner (15) in Frage gestellt, der die Schwierigkeit der Diagnosestellung in der Psychiatrie aufzeigt. Ein und derselbe Patient würde von verschiedenen diagnostizierenden Ärzten mit unterschiedlichen Diagnosen belegt. Diese Unsicherheit setze sich in die Therapie hinein fort. So bleibt der Schluß, daß der ganze Behandlungsgang des Patienten von anderen als rein ärztlichen Kriterien abhängt.

Auf die Unsicherheit in der Diagnosestellung weist versteckt auch Zutt (15a) hin, wenn er davon spricht, daß die Krankheitseinsicht nicht unbedingt als Kriterium für die Entlassung verwendet werden dürfe. Bei Fehldiagnosen z.B. bedeute solche Krankheitseinsicht Unterwerfung des Patienten.

Einen neuen Akzent in die Diskussion um die Entlassung des Patienten aus der Klinik bringen die Beiträge im "Kursbuch 28" (9). Relativ gesunde Patienten würden vielfach nicht entlassen, da sie als billige und kostenlose Arbeitskräfte den finanziellen Etat der Anstalten aufstocken helfen. Diese Meinung ist Teil der anderen, daß die objektive Funktion des Ge-

sundheitswesens die Verwaltung und Regulierung des Arbeitskräftemarktes sei. Inwieweit diese Ansicht berechtigt ist, soll hier nicht untersucht sein. Da sie jedoch besonders in der jüngeren Generation nicht selten vertreten wird, darf sie nicht verschwiegen werden. Daß die Arbeitsfähigkeit des Patienten eines der Entlassungskriterien ist, steht außer Zweifel.

Ein anderer Faktor, der auf die Entlassung von Patienten einwirke, wird ausführlich im Quickborner Team (16) behandelt: die Struktur unserer deutschen Kliniken. Bestehende Verordnungen machten es für ein Krankenhaus geradezu selbstmörderisch, Kranke zu aktivieren und damit einen größeren Durchlauf und eine kürzere Verweildauer zu bewirken. Dadurch drohten größere Defizite als die heute schon üblichen. Eine Änderung der Verweildauer müsse mit strukturellen Veränderungen im Krankenhaus beginnen.

Die Bedeutung der sozialen Klasse für die psychiatrische Behandlung und Verweildauer in der Klinik untersuchte Michael (17). Allerdings lassen sich seine Ergebnisse nicht ganz auf deutsche Verhältnisse übertragen, da die Einrichtungen für psychisch Kranke in den USA etwas anders als bei uns sind. Ein Ergebnis dieser Arbeit, die unter dem nächsten Punkt der Literaturübersicht noch näher betrachtet wird, ist, daß die unterschiedliche Meinung hinsichtlich der Entlassungsreife zwischen Patient und Therapeut klassenabhängig ist. Jede soziale Klasse habe ein eigenes Verständnis von geistiger Gesundheit, und diesem unterliege in seiner Beurteilung des Patienten auch der Therapeut entsprechend seiner Klassenzugehörigkeit.

Zu den gleichen Ergebnissen kommen Kahn et al. (18). Damit dürfte bewiesen sein, daß eine der vielen Variablen, die von Einfluß auf die Aufenthaltsdauer der Patienten in der Klinik sind, der behandelnde Arzt selbst als Glied in einem sozialen Gefüge ist.

Zuletzt sei eine Arbeit von Linn (19) erwähnt, in der er keine schlüssige Beziehung zwischen der Krankheitseinsicht des Patienten und dessen Entlassungszeitpunkt feststellen konnte. Lediglich Patienten, die freiwillig, aber nach vorheriger Arztkonsultation, in die Klinik gekommen waren, zeigten eine günstigere Entlassungsprognose.

Abschließend sei der Vorwurf an unsere Gesellschaft, den Schulte (19a) erhebt, hier weitergegeben. Die Toleranz, abnorm sich verhaltende Menschen in der normalen Umgebung zu ertragen, sinke immer mehr. Deshalb käme es, daß Kranke, obwohl bei ihnen das eigentliche Behandlungsziel erreicht sei, wegen sozialer Unzulänglichkeit in der Klinik behalten würden.

Zusammenfassend läßt sich sagen, daß unter den vielen Faktoren, die einen Einfluß auf die Verweildauer in der Klinik besitzen, anscheinend die Diagnose und die Therapie von geringster Bedeutung sind. Unübertroffen mißachtet allerdings scheint in dieser Sache die Meinung des Patienten selbst, des stummen Opfers.

2. Einstellung der Gesellschaft zum psychisch Kranken und zur psychiatrischen Klinik

Dieses Fragegebiet ist eine Domäne der Sozialpsychiatrie, und so soll Strotzkas (12) Feststellung einleitend dazu stehen: "In der Vorstellungswelt des einzelnen Betroffenen, sei er Patient, Angehöriger oder Angestellter, nimmt es (das Krankenhaus allgemein) einen besonders emotionell besetzten Platz ein; kaum an eine andere Institution binden sich in solcher Stärke Hoffnung, Angst, Vertrauen und Mißtrauen."

Sicherlich gilt hier wie in anderen Bereichen des menschlichen Lebens, daß Angst, Mißtrauen usw. vor dem bestehen, was man nicht kennt. Der Grad der Information über psychische Krankheit und über die psychiatrischen Institutionen ist nach dem Ergebnis bisheriger Untersuchungen abhängig von der sozialen Klasse des Individuums.

Parow (5) stellt fest, daß die Mittelschicht besser über den Bereich der Psychiatrie informiert sei als die Unterschicht, die kaum die Funktionen des Psychiaters und der therapeutischen Institutionen in der Psychiatrie kenne. In der Unterschicht erfahre ein Mitglied auch verschärfte Ablehnung, sobald es als psychiatrisch Kranker deklariert sei. Die Umwelt des Unterschicht-Patienten teile nämlich ein in physische Krankheit und Verrücktheit im abwertenden Sinne. Die Möglichkeit einer psychischen Erkrankung werde nicht wahrgenommen. Entsprechend sei jedoch die Toleranzschwelle gegenüber pathologischen Symptomen heraufgesetzt.

Besonders im Unterschichtmilieu stellt ein Anstaltsaufenthalt nach der Entlassung ein "Stigma" dar (Goffman, 7). In diesem Milieu werde Geisteskrankheit vielfach gleichgesetzt mit dem Zustand, der einen Menschen für die Heilanstalt bestimme.

Die Stigmatisierung ehemals hospitalisierter psychisch Kranker drückt auch Dörner (15) in Anlehnung an Scheff aus: "Menschen mit unauffälligem Verhalten, aber früherem Krankenhausaufenthalt, werden mehr abgelehnt als Menschen mit deutlich schizophrenem Verhalten, aber ohne Krankenhausaufenthalt."

Was als "geistig gesund" gelte, hänge jeweils von der untersuchten Sozialklasse der Bevölkerung ab. Je niedriger diese, desto geringer seien die Ansprüche hinsichtlich der psychischen Verfassung an den Klassenangehörigen. Zu diesen Ergebnissen gelangt Michael (17). Die von ihm festgestellte unterschiedliche Wertschätzung von Psychiatrie und Psychotherapie in den verschiedenen Klassen sei anscheinend nicht durch die

finanzielle Situation bedingt.

Schulte (20) zeigt anschaulich, welche Umweltreaktionen auf das Erlebnis psychiatrischer Erkrankungen erfolgen. Der Maniker z.B. rufe eine wohlwollende Atmosphäre in seiner Umgebung hervor, während der Melancholiker im allgemeinen von seiner Umwelt verkannt werde. Leider fehlen Hinweise darauf, wie die unterschiedlichen Einstellungen der Gesellschaft zu den psychiatrischen Krankheiten die Stellung des Patienten zur Entlassung modifizieren.

Die Beziehung "Psychiatrie und Öffentlichkeit" wird auch von Cabanis (21) näher betrachtet. Sein Blickpunkt umfaßt jedoch vor allem die Institutionen der Psychiatrie, nicht den einzelnen Kranken, im Bewußtsein der bundesrepublikanischen Gesellschaft. Durch die Grenzgebiete der Psychiatrie wie Jugend-erziehung, Heilpädagogik u.a. habe eine gewisse Verbreitung und Popularisierung psychiatrischer Erkenntnisse in der Bevölkerung stattgefunden. Trotzdem habe sich die "ambivalente" Einstellung der Allgemeinheit zur Psychiatrie nicht verändert. Gegenüber den ersten Nachkriegsjahren, in denen ein ausgesprochener "Antipsychiatriismus" bestanden habe, sei es heute oft schwierig, bei Zwangseinweisungen in die Klinik eine Entlassung des Betroffenen zu erreichen, was bedeutet, daß sich die gesellschaftliche Toleranz gegen psychisch Kranke wieder vermindert, die gesellschaftliche Restriktion sich verschärft hat. Im Gegensatz zwischen dem Wohl des einzelnen und dem der Gesellschaft verschiebe sich der Akzent zugunsten der Allgemeinheit. Ein gewisser Antipsychiatriismus bestehe in der Öffentlichkeit nach wie vor, zum einen genährt durch die oft simplifizierende Berichterstattung über die Psychiatrie in den öffentlichen Medien, zum anderen durch Übertragung des Mißtrauens, das in der breiten Masse gegen die Psychoanalyse bestehe, auf die Psychiatrie durch die häufig festzustellende Gleichsetzung dieser beiden Fachgebiete.

Härter urteilt Basaglia (8) über die Gesellschaft. Sie "kann den Geisteskranken nicht unter sich dulden. Seine bloße Erscheinung und seine Lebensweise müssen verborgen und verdrängt werden." Nach diesem Autor besitzt die Irrenanstalt nach wie vor in der Öffentlichkeit Aspekte des Horrors "als eine höchst leistungsfähige Strafinstanz". Daß diese Einstellung heute neue Nahrung findet durch die Berichte über die Mißhandlung politisch unliebsamer Personen in den psychiatrischen Kliniken der UdSSR ist offensichtlich.

Bei Delay und Pichot (22) liest man, daß soziale Unangepaßtheit ein echtes Symptom geistiger Erkrankung sei. Wer aber bestimmt die Grenze zwischen Angepaßtheit und Unangepaßtheit? Da hilft auch Kuipers (23) dynamische Interpretation von Krankheit nicht viel, indem er sie als Störung der Adaptation bezeichnet. Hier begänne die Diskussion um die Norm menschlichen Verhaltens und -Seins, an die angepaßt werden muß. Diese sei jedoch nur angesprochen. Die Kulturanthropologie hat bewiesen, daß in einem gewissen Ausmaß die Meinung über normales und pathologisches Verhalten kulturell verschieden ist (22).

Mit der Anpassung geht schon Fromm (24) ins Gericht. Der Normale als der gesellschaftlich Taugliche, Angepaßte sei hinsichtlich menschlicher Werte oft weniger gesund als der Neurotische, da die bessere Angepaßtheit vielfach nur auf Kosten des Selbst des Menschen möglich sei. Es gebe zwei Gesundheitsbegriffe, die von Psychiatern und Psychologen oft nicht unterschieden würden. Der eine sei bestimmt durch die soziale Notwendigkeit einer funktionierenden Gesellschaft, der andere durch die Existenz, den Wert und die innewohnenden Gesetze des Individuums mit dem Ziel eines Optimums an Glück. Von daher, daß die eigene Gesellschaftsordnung zu sehr als gegeben und unantastbar hingenommen werde, komme es, daß der sich nicht Einfügende von vornherein als menschlich minderwertig,

die Tauglichen als menschlich höherwertig gelten.

Zusammenfassend sei festgehalten, daß unsere Gesellschaft dem psychisch Kranken überwiegend mißgünstig, ablehnend, ihn ausgrenzend aus dem allgemeinen Lebensstrom gegenüber steht. Daß diese Einstellung den Erkrankten selbst prägt und ihn in seinem Verhalten und Planen beeinflußt, ist zu erwarten. So sei dieses Planen als Zukunftserleben im Rahmen des Zeiterlebens der Gesunden und Kranken betrachtet.

3. Zeit -, insbesondere Zukunfts- erleben

Bereits Husserl (25) hat, wie schon sein Lehrer Brentano, in seiner universalen Bewußtseinsforschung die Zeitbezogenheit des Psychischen als Urphänomen erkannt. "Das wache Bewußtsein, das wache Leben ist ein Entgegenleben, ein Leben vom Jetzt dem neuen Jetzt entgegen."

Heidegger (26) betont innerhalb der Zeit den "Vorrang der Zukunft". "Das in der Zukunft gründende Sichentwerfen auf das 'Umwillen seiner selbst' ist ein Wesenscharakter der Existenzialität. Ihr primärer Sinn ist die Zukunft."

Wittmann (27) stellt fest, daß die Zeit wie der Raum "eine Form, eine Kategorie der Wirklichkeit" sei.

"Die Grundbefindlichkeit in der Welt ist wesentlich durch das Zukunftserleben zu charakterisieren" schreibt Bergius (28) in seiner eingehenden Studie, und definiert das Zukunftserleben, abgrenzend gegen das bloße Zukunftsbewußtsein, als Zukunftsbezogenheit des Erlebens, die auch unbewußt sein könne und dennoch das Erleben modifiziere. Als spezielle Formen der Zukunftsbezogenheit nennt er die Hoffnung und die Erwartung. Sie seien bisher in der Psychologie kaum als so wichtige Phä-

nomene wie die Erinnerung und die Wahrnehmung aufgefaßt worden. Auf die später noch näher geschilderte Entwicklungspsychologie des Zukunftserlebens weist auch Bergius hin. Im Entwicklungsgang des Menschen wandle sich sein Erleben der Zeit und seine Bezogenheit auf Vergangenheit und Zukunft gesetzmäßig.

In manchem bezieht sich Bergius auf eine schon 1932 veröffentlichte Arbeit von Keller (29) über das Zukunftsbewußtsein. Darin werden drei Gegebenheitsweisen zukünftigen Geschehens unterschieden:

- 1, die Erwartung als Wissen um notwendig Kommendes (unmittelbar Bevorstehendes)
- 2, in die Zukunft projizierte Phantasievorstellung (Zukunft auf weitere Sicht)
- 3, Zukunftsbewußtsein im engeren Sinn als "jenes Wissen um die eigene Zukunft, das jeden von uns ständig begleitet".

Im Wissen um Zukünftiges analysiert er zwei Formen: das auf die Umwelt bezogene Wissen um Situationen, die begegnen werden (Gefaßtsein) und das auf die Innenwelt bezogene Wissen um eigenes künftiges Verhalten in diesen Situationen (Können, Leistung). Vor unübersehbaren Situationen bestehe eine Art Horror, eine Scheu, nicht unbedingt aber Angst. Das Zukunftsbewußtsein im täglichen Leben zeige eine Stufenfolge:

- 1, spezifizierte anschauliche Erwartung
- 2, eingeengtes Zukunftsbewußtsein des täglichen Lebens in gewohnten Bahnen
- 3, relativ unspezifiziertes Zukunftsbewußtsein bezüglich nicht alltäglicher Ereignisse
- 4, inhaltlich amorphes Zukunftsbewußtsein, z.B. in der Angst.

Die Anschauung, daß primitive Menschen mehr in der Gegenwart leben, daß zum Vorausdisponieren, zum Sorgen für die Zukunft ein gewisses geistiges Niveau erforderlich sei, läßt Keller

für die willentlich gesetzten Zukunftsbezogenheiten zu. Sie sei jedoch zweifelhaft für die anderen Arten des Zukunftsbewußtseins. Schließlich stellt Keller in Anlehnung an Jaensch zwei Charaktertypen bezüglich des Zukunftsbewußtseins fest: beim "nach innen integrierten Typ" könne man von "Längsschnitteinheit" sprechen (auf die Zukunft bezogen), beim "nach außen integrierten Typ" von "Querschnitteinheit" (das Augenblicksdasein wichtiger).

Kommen wir noch einmal auf die Entwicklung des Zukunftsbewußtseins zurück. Bergius (28) nennt als Zeichen der Persönlichkeitsreife die Differenzierung sowie Ausweitung des Zukunftserlebens im Gegensatz zu dessen Undifferenziertheit und Einengung beim jüngeren Kind (und leider auch manchen Erwachsenen). Als Gründe für die verschiedenen Grade von Gegliedertheit des Zukunftserlebens kämen in Frage:

- 1, bestimmte äußere Situationen
- 2, habituelle Eigentümlichkeiten
- 3, entwicklungsbedingte Varianten.

Nach J. Alexander (30) bedeutet die Fähigkeit zum Aufschieben und Erhoffen im Ichreifungsprozeß des Kindes die erste Unterscheidung zwischen Gegenwart und Zukunft. Dadurch werde Geduld als Ertragen von Spannung über Zeiträume hinweg erst möglich.

Geduld baut also auf Hoffnung auf, und diese Hoffnung wiederum lebt vom Zukünftigen her, wie es Plügge (31) ausdrückt. Hoffnung sei "ein bestimmender Strukturteil des Daseins überhaupt", "der verbindlichste Ausdruck von Selbstbejahung".

Bappert (32) betont die große Bedeutung der Hoffnung und damit der Zukunftsbezogenheit für die Genesung des kranken Menschen. Sie bewirke als Antrieb und Auftrieb, in die Zukunft einzutreten. Je kräftiger der Lebensdrang des Menschen, umso lebendiger sei er durch die Hoffnung auf die Zukunft bezogen.

Genauere Untersuchungen über die Wandlungen des Zukunftserlebens im Laufe der menschlichen Entwicklung unternahm Kastenbaum (33). Die Pubertät unterscheide sich u.a. dadurch von der Kindheit, daß sie über die Gegenwart hinausdenke. Wie eine Person ihr späteres Leben lenke, sei z.T. Folge davon, wie ihre Zukunftsperspektive als Jugendlicher oder junger Erwachsener gewesen sei. Er bringt einen neuen, interessanten Gesichtspunkt in die Diskussion. Eine sehr starke Leistungsmotivation (u.a. durch die Industriegesellschaft) führe zu einer Betonung der Zukunft. Es bestehe eine direkte Beziehung zwischen der Stärke der Leistungsnotwendigkeit und der Konkretheit der Zukunftsvorstellung. So zeigten Mittelklasse-Kinder, die sich durch größere Leistungsmotivation von Unterklasse-Kindern unterscheiden, eine bessere Zukunftsstrukturiertheit als diese. Nach seinen Ergebnissen vermutet Kastenbaum bezüglich einer Beziehung zwischen Dichte der Zukunftsvorstellung und der Frustrationstoleranz folgenden Unterschied zwischen Kindern und Erwachsenen: je frustrierter ein Kind ist, desto dichter ist seine Zukunftsvorstellung durch Verlagerung des Gewünschten in die Zukunft. Der Erwachsene dagegen ist weniger optimistisch, Gedanken und Gefühle in die Zukunft zu investieren, da sie für ihn nicht mehr so weit und offen wie für das Kind ist. Abschließend stellt er fest, daß die Fähigkeit zum Planen anscheinend eng mit der Zukunftsperspektive verbunden sei.

In einer anderen Arbeit untersucht Kastenbaum (34) die Richtung der Zeitperspektive, die in jedem Augenblick das Zeiterleben einer Person charakterisiere. Die relative Dominanz der Vergangenheit oder Zukunft könne groß oder klein, stabil oder gleitend sein. Als Ergebnisse stellte er eine signifikant häufigere Ausrichtung auf die Zukunft als auf die Vergangenheit fest. Unter affektiven Bedingungen wurden mehr Vergangenheitskonzepte entwickelt, unter affektiv neutralen Bedingungen wieder mehr Zukunftsvorstellungen. Hinsichtlich der

Zukunftsausrichtung bestand kein Unterschied in der Geschlechtsverteilung. Personen mit mehr Intelligenz entwickelten mehr Vergangenheitskonzepte. Die Diskussion dieser Ergebnisse sei hier nur soweit dargestellt, als sie für die vorliegende Arbeit von besonderer Bedeutung ist. So stelle eine affektive Situation einen Stimulus dar, in der Zeitorientierung "umzuschalten". Geschehe dies nicht, so erfolge gegebenenfalls ein motorisches Ausagieren der Affekte. Die gewöhnliche Zeitorientierung sei die in die Zukunft. Eine Vergangenheitsperspektive fordere offenbar hinzutretende kognitive oder motivationale Faktoren. Wenn eine Zeitorientierung dazu dienen könne, Affekte auszugleichen, fehle einem Individuum, das zu einem Wechsel in der Zeitbezogenheit nicht fähig sei, eine Verarbeitungsmöglichkeit für Spannungen. In der Entwicklung des Menschen sei es deshalb wichtig, daß der Heranwachsende eine richtige Beziehung zur Vergangenheit finde (gegen die er nach anderen Autoren eine Aversion habe), und der Ältere die Zukunftsbeziehung nicht verliere. Kastenbaum (34) betont, daß viele Untersuchungen Freuds Beobachtung unterstützten, daß die Zukunftsbezogenheit eine Entwicklungsleistung sei, die entscheidend von kognitiven und affektiven Funktionen des Individuums geformt sei.

Schilder (35) vertritt, etwas in Gegensatz zu Bergius und Kastenbaum, die Ansicht, daß die Zukunftsvorstellung allgemein, d.h. auch beim Erwachsenen, sehr undifferenziert sei, nicht anders als in der Kindheit. Sie sei stets nur der symbolische Ausdruck des gegenwärtigen, individuellen, libidinösen Stadiums. "Wir erfahren Zeit als Ausdruck unserer Bestrebungen."

Wir wollen noch das Zeiterleben insgesamt etwas ins Auge fassen, d.h. die vorangegangene Beschränkung auf die Zukunft aufgeben.

Benussi (36) spricht von der objektiven Zeit, die mit mechanischen Hilfsmitteln meßbar ist, und der subjektiven Zeit,

dem Gegenstand der Zeitvorstellung. Eine gegebene objektive Zeit erscheine subjektiv umso kürzer, je gefüllter diese Zeit mit Ereignissen, Betätigungen usw. sei.

Auch Liebmann (37) stellt in seiner Abhandlung über die Zeit die subjektive psychologische Zeit als eine äußerst ungleichmäßig veränderliche Größe dar. Der Einfluß des Erlebens auf diese Größe drückt er in seiner Feststellung aus, daß sich dem Unglücklichen und Gemarterten die Minuten zu Stundenlänge ausdehnen. Zeit setzt er mit Sukzession gleich.

Mann, Siegler und Osmond (38) ordnen C.G. Jungs Typologie des Menschen bestimmte Zeitorientierungen zu. Beim Gefühlsmenschen bestehe ein zirkulärer Zeitfluß zwischen Gegenwart und Vergangenheit, die Zukunft sei bei ihnen ganz bedeutungslos. Der "Denkmensch" zeige eine lineare Zeitkontinuität mit dem Anliegen, die Zeitlinie so weit als nur möglich zurück in die Vergangenheit und vorwärts in die Zukunft zu vervollständigen. Diese Menschen seien die großen "Planer der Welt". Gegenwartsorientiert mit schwacher Verbindung zur Vergangenheit und wenig Fähigkeit oder Wunsch, vorwärts zu schauen, sei typisch für den Sinnesmenschen. Beim intuitiven Menschen sei die Zukunft vorherrschend. Für sie sei wirklicher, was geschehen werde, als was gegenwärtig geschehe. Der gewöhnliche Schritt der Zeit und der Ereignisse schaffe in ihnen eine Ungeduld und Ruhelosigkeit. Die Autoren stellen abschließend fest, daß manche Konflikte zwischen Menschen wahrscheinlich nicht auf den heute so betonten soziokulturellen Unterschieden beruhe, sondern darauf, daß durch die unterschiedliche Zeitorientierung von Individuen das objektiv gleiche Ereignis für verschiedene Menschen subjektiv eben nicht das gleiche sei. Die Zeitorientierungsunterschiede seien fast so groß wie Speziesunterschiede.

Eissler (39) unterscheidet drei mögliche Arten der Zeiterfahrung, ordnet sie Freuds Es, Ich und Überich zu und stellt

eine interessante Verbindung zu den kulturellen Zeiten her, die O. Spengler analysierte. Das Es lebe in der Gegenwart. Alles sei ihm wie ein Traum. J. Alexander (30) unterstützt diese Ansicht mit der Feststellung: "Das eigentliche Unbewußte begreift die Zeit niemals." Dieser Es-Zeit entspreche Spenglers "Apollinische" oder "Klassische Zeit", die nur auf die Gegenwart bezogen sei. Spenglers "Magischer Zeit" mit ihrem prädestinierten Zeitlauf von einem Beginn zu einem Ende entspreche die Zeit des Überich. Die Zeit des Ich gleiche Spenglers "Faustischer Zeit", die endlos und dynamisch sei, da immer neue Möglichkeiten locken würden. Der einigungsstiftende Aspekt einer Epoche sei vielleicht durch ihre Zeiterfahrung gegeben, und Menschen mit einer anderen Zeiterfahrung als die jeweilige Epoche seien dann wie eine "archaische Erinnerung" an vergangene Zeiten.

Spielrein (40) spricht über die Zeit im unterschwelligen Seelenleben und hält ebenfalls fest, daß das Bewußtsein in der Zeit lebe, nicht aber das Vor- und Unbewußte. In der ontogenetischen Entwicklung werde erst die Zeitdauer, später dann die Richtung der Zeit kennengelernt, da beim Kind lange die Realität durch die Phantasie ersetzt sei, wodurch eine Zeitrichtungsvorstellung unnötig sei.

Harnik (41) betont die triebhaft-affektiven Momente im Zeitgefühl. Er stellt eine Verbindung zwischen Zeitvorstellung und Analerotik her und gelangt von hier aus zu den Neurosen. Die Zeit besitze anscheinend eine "Pflicht-(Unlust-) und Lustseite".

Eine ausführliche Übersichtsarbeit zum Thema Zeiterfahrung stammt von Wallace und Rabin (42). Im Gegensatz zu Harnik stellen sie fest, daß keine einheitliche psychoanalytische Ansicht über die Zeitgefühlsentstehung bestehe. Sie werde teils in die Oral-, teils in die Analphase oder in noch spätere Entwicklungsphasen gelegt. Spätestens mit 13 bis 14 Jahren sei das Erwachsenenzeitgefühl ausgebildet. Seine Ausrei-

fung sei von der Intelligenz abhängig. Abstrakte Zeitbegriffe wie Dauer, Fluß, bildeten sich erst in der späteren Kindheit und seien typisch für unsere westlichen Kulturen (die Kultur-anthropologie vermutet zudem nach Bergius (28) in verschiedenen Kulturen und verschiedenen Bevölkerungsklassen einer Kultur einen unterschiedlich großen Umfang der Zeitspanne des persönlichen Erlebens). Die Autoren erörtern auch die gegensätzlichen Ansichten über physiologische Korrelate der Zeiterfahrung. Dann führen sie Lewin an, der den Einfluß der soziologischen Umgebung auf die Zeitperspektive des Individuums untersucht hat. In einer autokratischen Umwelt werde die Zukunft durch Führer entschieden und strukturiert, während in einer demokratischen Umwelt das Individuum eine aktive Rolle bei der Bestimmung der eigenen- und der Gruppenzukunft besitze. Teahan (1958, nach Wallace und Rabin) stellte eine positive Korrelation zwischen Optimismus und Zukunftsausdehnung fest.

In einer kleineren Arbeit beschäftigt sich Fredericson (43) mit der Beziehung zwischen Zeit und Aggression. U n t e r Streßbedingungen schreite die subjektive Zeit anscheinend schneller voran, n a c h Streßbedingungen langsamer, da die Situation dann die Erwartung neuer Belastung und Angst beinhalte.

Einen neuen Zeitbegriff führt Gent (44) ein, den der intersubjektiven als der objektiven sozialen- oder Gruppenzeit. Es wird die populäre Meinung bestätigt, daß der Greis vor allem in Gegenwart und Vergangenheit lebe. Beruf und Hobbies gäben einen Hinweis auf die vornehmliche Zeitbezogenheit eines Menschen. Den nach Bedürfnisbefriedigung strebenden Wirtschaftsmenschen interessiere allerdings lediglich der Zeitmodus der Zukunft.

Das Alter in Bezug zur subjektiven Zeitgeschwindigkeit betrachten Wallach und Green (45) genauer. Sie stellen fest, daß die subjektive Zeitgeschwindigkeit im Sinne einer Beschleunigung mehr noch von der subjektiven Wertschätzung der

Zeit als vom subjektiven Aktivitätsmaß bestimmt wird. So komme es, daß der alte Mensch trotz seiner größeren Muße und seiner verringerten Aktivität i. allg. eine größere subjektive Zeitgeschwindigkeit erlebe als der junge Mensch, da jener die Zeit viel mehr schätze als dieser. Die Wertschätzung der Zeit aber werde nicht durch Faktoren wie Leistungsnotwendigkeit oder Aktivitätsmaß bestimmt, sondern davon, wieviel Zeit ein Mensch für sich noch verfügbar glaubt.

Eine zu Freud gegensätzliche Ansicht vertritt Schilder (46). Nach Freud strebt der Mensch wieder in die Vergangenheit zurück, während Schilder meint, daß wir grundsätzlich aus der Vergangenheit in die Zukunft streben. Als Bedingung für die Verschiedenheit der Zeiterlebnisse nennt er das individuell eigenartige Zerlegen, Neuaufbauen, Rückbeziehen und Vergleichen des Erlebens gleichzeitig in mehreren Ebenen. Er bringt bestimmte Gehirnstrukturen mit dem Zeiterleben in Zusammenhang.

Friseisen-Köhler (47) bringt den Begriff "persönliches Tempo". Dieses sei das psychische Tempo, die jeweilige individuelle Ablaufgeschwindigkeit des psychischen Lebens (z.B. bezüglich Wahrnehmungs- und Willensakten). Es zeige intraindividuell weitgehende Konstanz, dagegen interindividuelle Unterschiede. Es beruhe in hohem Maße auf Erbanlagen. Eine Abhängigkeit vom sozialen Milieu sei nicht nachweisbar.

Die Beziehung zwischen Zeiterleben und Leistungsmotivation untersuchten Knapp und Garbutt (48) genauer. Sie haben drei Zeitmuster gefunden, ein "dynamisch-eiliges-", ein "natürlich-passives-" und ein "humanistisches Muster". Das erste davon korreliert positiv mit der Stärke der Leistungsmotivation, die beiden letzten korrelieren damit negativ. Bei den Menschen mit starker Leistungsmotivation zeige die Zeitvorstellung eine deutliche Richtung, während bei den "natürlich-passiven" Menschen ein orientalischer oder mystischer Zeit-

sinn bestehe. Ihnen sei die Zeit wie ein umgebendes Meer. Bei den "humanistischen" Menschen sei die Zeit an den Menschen gebunden, "der Mensch das Maß aller Dinge".

Leshan (48a) weist in seiner Arbeit nach, daß in den USA zwischen der unteren-, mittleren- und höheren Klasse ein Unterschied bezüglich der "collective-ego-space-time" (Ericson) besteht, der sich im Denken und Handeln auswirke. Die Unterklasse zeigte keine Planung in die fernere Zukunft, war auf das Jetzt ausgerichtet mit geringer Frustrationstoleranz. Ziemlich große Frustrationstoleranz mit ausgesprochener Zukunftsplanung infolge des Leistungsstrebens war in der Mittelklasse auffällig. Das Denken der Oberklasse hingegen sei in die Vergangenheit gerichtet, an den Traditionen hängend und von ihnen gelenkt.

Nach dieser Darstellung des normalen Zeit- und Zukunftserlebens eine Übersicht über die Pathologie des Zeiterlebens.

Die gestörte Zeitempfindung des Endogen Depressiven, die Juan Villalfella Gran (49) vermutet, wird von Straus (50) näher dargestellt. Während das gesunde Denken zukunftsgerichtet sei, auch wenn sich das bewußte Denken nicht stets auch in die Zukunft erstreckt, sei bei den Depressiven dieses Zukunftserleben eingeschränkt. Ursache dafür sei die vitale Hemmung. Das Leben des Depressiven sei zukunftslos. Dies sei entscheidend für die Entschlußlosigkeit und die bekannten psychotischen Symptome. Von der Zukunft abgeschnitten habe die Vergangenheit den Kranken überwältigt und gebunden. Alles gegenwärtig Üble erscheine als unwiderruflich und unabänderlich. J. Alexander (30) spricht von einer Zeitverzerrung bei den Depressiven: Augenblicke seien wie Stunden, lange Zeitspannen wieder wie Augenblicke.

Zutt (51) bezeichnet das Zeiterleben in der psychotischen Depression als inneres Totsein. Jegliche Teilnahme sei erlo-

schen. Die Zeit stehe still, eine Zukunft sei nicht mehr vorstellbar, der "Erinnerungsdruck" überwältige den Menschen. In der Manie dagegen sei alles leicht, zum Greifen nahe gerückt. Der Lebensstrom jage dahin, so daß auch dieser Mensch zu keinem "besonnenen, sicheren, wohlgelungenen Schritt" auf seinem Lebensweg fähig sei.

In der psychotischen Verstimmung fehlt nach Straus (50) eine Veränderung des Zeiterlebens. Der Kranke sei nicht von der Zukunft abgetrennt, sondern in ihr bedroht.

Wallace und Rabin (42) sammeln die Ergebnisse verschiedener Wissenschaftler auch zur Pathologie des Zeiterlebens. So bestehe ein Zusammenhang zwischen veränderter Zeitvorstellung und Verwirrung der Realitätseinsicht bei Zwangsneurosen und paranoider Schizophrenie. Greenacre (1945) charakterisiere den Psychopathen durch eine fehlende Zeitperspektive. Meerloo (1948, 1950) erkläre den Zukunftsverlust in der Neurose vor allem aus der Angst, in der Zukunft ähnliche unerfreuliche Erfahrungen wie in der Vergangenheit zu machen. Nach Fischer (1929) gebe es keine schizophrene Störung ohne Raum-Zeit-Störung. Eine extreme Verwirrung der subjektiven Zeit bezeichne Minkowski (1926) als zentral bei Schizophrenie. Noch einige Autoren stellten Zeitlosigkeit oder Zeitverwirrung beim Schizophrenen fest.

Schilder (35) findet bei Schizophrenen keine einheitliche Zeiterfahrung, sondern Stillstand der Zeit, Zeitlosigkeit als auch das Gefühl nur der Vergangenheit oder rasch eilender Zeit. Von Fischer übernimmt Schilder den Eindruck, daß sich beim schizophrenen Patienten ständig alles verändere. Anscheinend verliere er in seiner Regression die innere Beziehung zur Zeiterfahrung, da diese sinnlos werde, wenn die Libido von der Welt zurückgezogen sei.

Orne (52) stellt signifikante Unterschiede in der Zeitabschätzung zwischen paranoiden und nichtparanoiden Schizophrenen fest.

In einer größer angelegten Untersuchung über die Zeiterfahrung bei Schizophrenen kommt Williams (53) zu folgenden Feststellungen: Unterschiede hinsichtlich der Zeiterfahrung zwischen schizophrenen und normalen Menschen seien nur schwer zu finden, und soweit sie gefunden werden, seien sie vielleicht vorwiegend der allgemeinen Veränderung der Denkprozesse anzulasten. Die Unterschiede liegen zwischen Hospitalisierten und Nichthospitalisierten, nicht aber zwischen Psychotikern und Nichtpsychotikern. Dies veranlaßt Williams zur Vermutung, daß viele psychologische Eigenheiten von lang hospitalisierten Schizophrenen von anderen Kranken geteilt werden, die ebenfalls lange Zeit in der Klinik leben.

Auch De La Garza und Worchel (54) lassen als Erklärung für die Ergebnisse ihrer Untersuchung die Möglichkeit bestehen, daß sie durch die Eintönigkeit des Klinikalltags bewirkt seien, also Hospitalisierungsartefakte seien. Sie fanden bei Schizophrenen gegenüber normalen Personen eine signifikant schlechtere Orientierung in der Zeit. Angelernte Zeitformeln wie z.B., wieviel Tage ein Jahr zähle, wurden von Schizophrenen dagegen leicht beantwortet. Die geringere Fähigkeit zur Zeitorientierung bestehe anscheinend nicht nur in der akuten Phase, sondern bleibe als ein Charakteristikum des Schizophreniesyndroms bestehen.

Eine eingehendere Studie über die Zukunftsperspektive in der Schizophrenie legte Wallace (55) vor. Er findet die Zukunftszeitspanne bei Schizophrenen gegenüber der von anderen hospitalisierten Kranken vermindert. Diese Verminderung war unabhängig von der Länge des Klinikaufenthalts. Als weitere Variable der Zukunftsvorstellung untersuchte Wallace ihre Kohärenz, d.h. die logische und nach der Bedeutung getroffene Ordnung der Zeitgeschehnisse in der Zukunft. Sie ist in der Gruppe der Nichtpsychotiker signifikant größer. Als Endergebnis stellt Wallace fest, daß die Länge der Hospitalisierung allein die gefundenen Unterschiede in der Zukunftsperspektive

nicht ausmachen könne und schließt deshalb auf eine Beeinflussung der Zukunftsperspektive des Patienten durch den schizophrenen Prozeß.

Calabresi und Cohen (56) untersuchen den Einfluß von Persönlichkeitsfaktoren auf die Zeitbezogenheit des Individuums. Bei Menschen mit innerer Leere, Frustration, angeschlagenem Selbstvertrauen und -initiative bestehe eine Zeitangst und -besitzwut, während bei Menschen, die sich und ihre Umgebung akzeptierten, eine Zeithinnahme und Annahme des Zeitflusses vorherrsche. Der Faktor Zeitangst war in der Untersuchung signifikant höher bei weniger ausgebildeten psychiatrischen Klinikpatienten und bei den Patienten insgesamt höher als bei der Vergleichsgruppe aus Studenten.

Weniger speziell im Hinblick auf bestimmte psychiatrische Krankheitsbilder sprechen viele Autoren von der Deformierung der Zeitvorstellung durch die Krankheit.

In der schon erwähnten Abhandlung von Zutt (51) wird die Beschränkung der Zukunftsbezogenheit in der Krankheit anthropologisch gedeutet. Nur der Reflektierende kenne das Fragen nach woher, wohin, wozu. Dem Kranken sei dieses "Heraustreten-Können" aus dem Lebensablauf in die Distanz des Geistigen in der Reflexion nicht mehr möglich. Er sei der aktuell gelebten Situation verfallen. Das Interesse lasse nach, das vorausschauende Sorgen und Planen seien vermindert oder hätten ganz aufgehört, auch die Teilnahme an den Zukunftssorgen des Nächsten lasse nach. Es sei schließlich eine sozialpsychiatrische Aufgabe, der kranken Menschen in einer auf die Zukunft gerichteten Haltung zu bestärken und ihre Dauerhaftigkeit zu erproben, z.B. durch Beurlaubungen.

Auch Parow (5) spricht über die Zukunftseinstellung von Patienten, jedoch vom soziologischen Standpunkt aus. Der Unterschicht-Patient zeige eine auf das tägliche Überleben gerichtete Einstellung mit kurzer Zeitperspektive. Seine Lebensphi-

losophie habe den Schwerpunkt im Auskosten allen im Augenblick möglichen Genusses. Beim Mittelschicht-Patienten dagegen bestehe von vornherein ein Ansporn, für die Zukunft zu planen, da in seiner Subkultur langfristiges Planen und Selbstversorgung mit unmittelbarer Gratifikation belohnt werde. Für den Unterschicht-Patienten sei deshalb nur schwer eine Rollendistanz möglich durch Ausrichtung auf ein hinter der Hospitalisierung liegendes Ziel. Die Motivation, die Klinik hinter sich zu bringen, entwickle sich weniger als beim Mittelschicht-Patienten, und seine Reaktionen stünden unbe-
 wußt in stärkerer emotionaler Abhängigkeit von seiner Umgebung als bei den letztgenannten.

Nicht nur das Reagieren, sondern auch das bewußt gelenkte Handeln des Menschen steht mit seiner Zukunftsbezogenheit in Verbindung. Dies stellt Bergius (28) klar heraus. Ein undifferenziertes, aber positives Zukunftserleben und ein differenziertes Zukunftserleben fördern das Tätigsein. Hingegen erlahme dieses, wenn kein Versuch des Entwurfs in die Zukunft hinein erfolge, also das Zukunftserleben verkümmert sei, was besonders bei der krankhaft mangelnden Realitätsanpassung der Fall sei. Außerdem werde das Handeln eines Menschen nachhaltig beeinflußt von einem "Zukunftserleben, in dem vorwiegend Gefahren und Bedrohungen diffus vorausgeahnt, vermutet oder in allen Einzelheiten ausgemalt" werden. Grenzsituationen seien immer mit extremen Verschiebungen der Zeitperspektive verbunden.

Eine Beobachtung von Ohm (57) an Untersuchungshäftlingen sei hier eingefügt. Diese fühlten sich in ihrer Zukunftsplanung beeengt, sprechen von einem Unsicherheitsmoment. Als Folge davon käme es zu allgemein paranoid gefärbten Stimmungen und parallel dazu zu allgemeiner Gereiztheit und Konfliktbereitschaft. Es fehle die Gestaltung des Zeitgeschehens aus seiner Monotonie in gegliederte Zeiträume durch Handlungen und Aktivitäten. Als eine ähnliche Situation mit allen genannten Fol-

gen dürfte meines Erachtens auch der Klinikaufenthalt vorstellbar sein.

Indirekt spricht auch Keller (29) vom Einfluß der Krankheit und der Isolierung auf das Zeiterleben, wenn er feststellt, daß die Erfahrung ein Träger des Zukunftsbewußtseins sei, und "die (vom Menschen) vorausgesetzte Gleichförmigkeit des psychischen Geschehens" wiederum "ein Wissen um Zukünftiges" begründe. Der Bekanntheitseindruck entlaste das Zukunftsbewußtsein. Die Umsetzung dieser Gedanken auf den hospitalisierten Kranken kann fruchtbare Verstehensmöglichkeiten für dessen Verhalten geben. "Jedes Erleben einer Zeitgestalt (z.B. durch den Beruf) regt das Zukunftsbewußtsein an." Welche Zeitgestalten erlebt der Patient in der Klinik? Das perseverative Denken erläutert Keller als ein Haften in der Gegenwart, als ein Nicht-Loskommen vom einmal erfaßten Gegenstand.

Eine größere Arbeit über die Beziehungen zwischen Zeitsinn, Gefühlen und akuter Geisteskrankheit stammt von Melger und Fougereousse (58). Sie stellten eine Kovarianz von Gefühls- und Zeitwechsel fest in dem Sinne, daß unangenehme Gefühle eher zu einer Verwirrung des Zeitsinnes führen. So ist die Zeitverwirrung in der akuten Phase psychischer Erkrankung größer als im Folgestadium. Für schizophrene- und andere Wahnpatienten wurde ein schnellerer Ablauf der subjektiven Zeit und ein Zerbrechen der Zeitperspektive mit größerer Konzentration auf die Gegenwart festgestellt. Die Abschätzung der physikalischen Zeit war bei psychotischen Patienten allgemein ungenauer als bei einer normalen Vergleichsgruppe. Dabei zeigten Depressive eine Überschätzung verstrichener Zeitabstände im Gegensatz zu Schizophrenen. Es gelte der Satz: "Patienten, die von der Realität getrennt sind, pflegen auch von der physikalischen Zeit getrennt zu sein." Nicht geklärt sei allerdings, ob die Zeitverwirrung oder der Realitätsverlust primär seien.

Die bisher geschilderten Ergebnisse werden von Shybut (59)

bestätigt. Auch er kommt dazu, eine umgekehrte Proportionalität zwischen dem Grad der Geistesverwirrtheit und der Länge der Zukunftsperspektive anzunehmen. In einer Nebenuntersuchung findet er Hinweise dafür, daß eine lange Hospitalisierung die Ansprüche, sozial wertvolle und vor allem langfristige Ziele zu erhalten, beim Kranken reduziert und den Glauben an ein von außen gelenktes Lebensschicksal anwachsen läßt.

Aufmerksamkeit verdient die Feststellung von Eissler (39), daß die Zeiterfahrung von Patienten ganz verschieden sein konnte, ohne daß die Orientierung in der Zeit darunter leide. Die Zeiterfahrung als unauslöschlicher Teil jeder menschlichen Erfahrung beeinflusse die Fähigkeit des Menschen, Entscheidungen zu treffen, seine Lebenshaltung, seine Gefühle u.a., während die Zeitorientierung mehr ein Akt des Denkens sei. Diese Unterscheidung trifft auch Straus (50).

In der schon erwähnten Sammelarbeit über die Zeiterfahrung von Wallace und Rabin (42) fehlt auch die allgemeine Pathologie des Zeiterlebens nicht. Viele Autoren bestätigen nach ihnen, daß die Zeitverwirrung eine grundlegende Erfahrung bei jeder Art von Geisteskrankheit sei. So wird Wittmanns (27) Satz bekräftigt: "Die Zeit hat zwar empirische Realität, tatsächlich ist sie aber nur im menschlichen Geist." Die Autoren führen Werner (1948) an, nach dem die zeitliche Regression von psychopathologischen Individuen sich daran zeige, daß die normale Verbindung zwischen persönlicher- und Weltzeit nicht mehr ganz durchgehalten werde. Die geistesfähigkeit habe mehr Einfluß auf die Zeitorientierung und -schätzung als soziale Faktoren. Lewis (1931, 1932 - nach Wallace und Rabin) faßt zusammen, daß Menschen mit Depersonalisation und fehlender Realitätseinsicht unfähig seien, "in die Zukunft zu sehen oder für sich selbst eine Zukunft zu erwarten". Israeli (1936) dehne diese Ansicht nach Wallace und Rabin auf alle

psychopathologischen Gruppen aus.

Schilder (46) betont den Unterschied der Zeitsinnstörung in der Melancholie und Depersonalisation. In der Depersonalisation bestehe ein Zeitstillstand, hingegen erlebe der Melancholiker seine Zeitsinnänderung voll. Klar unterscheidet Schilder vier distinkte Zeitsinnstörungen:

1. Veränderung im Ablauf der Zeit (zu rasch, Stillstand...)
2. Zeitwahnidee
3. Zeiterlebensänderung, die vom Individuum deutlich als solche erkannt wird im Wissen, daß nur seine subjektive Zeitvorstellung gelitten hat
4. Verlust der korrekten objektiven Zeitauffassung.

In einer anderen Arbeit erklärt Schilder (35) die Zeitveränderungen in der Neurose damit, daß unsere Wahrnehmungswelt und folglich auch die Zeitwahrnehmung, vom psychischen Organismus mit seinen Gefühlen und Trieben abhängig sei. Eine einheitliche Zeitsinnstörung in der Neurose sei nicht feststellbar.

Diesen Abschnitt abschließend seien noch einige Gedanken aus Klages (60) Werk "Der menschliche Antrieb" angeführt, da die Antriebspsychologie sicherlich auch im menschlichen Zeit- und Zukunftserleben eine Rolle spielt. Klages bezeichnet ja den menschlichen Antrieb als "etwas ganz Elementares, eine psychische Grundfunktion, die alle Bereiche des menschlichen Lebens und Erlebens durchzieht". Dieser Antrieb als dynamisches Moment durchsetze alle motorischen, sensorischen und assoziativen Leistungen des Menschen. Er unterscheidet einen Eigen- und Fremdantrieb. Letzterer meint den Antrieb, der von außen an das Individuum herantritt durch eine Umwelt von Aufforderungs- und "Stimulationscharakter". Der Fremdantrieb habe bedeutendes Gewicht. Desser Mangel ziehe Störungen im Antriebsverhalten des Menschen nach sich, die u.a. zur Zeiterlebensstörung führten. So nennt Klages als typisch antriebsverarmte

Verhaltensweisen Gespräche mit Themata, die frei seien von planender Zielsetzung und Entwurfsvorstellungen, und Denkvorgänge ohne Auseinandersetzung mit der Gegenwart und Zukunft. Antrieb, Stimmung und Zeiterleben seien in sich stark verflochtene Faktoren. Die Korrelationen unter ihnen könnten verschieden sein, nie jedoch bestehe einer davon ohne die anderen. Die Veränderung eines Faktors bewirke immer auch Veränderungen der anderen. Leider geht Klages bei der Schilderung des Antriebsverhaltens bei den verschiedenen psychischen Störungen nur bei der Depression und der Manie ausdrücklich auf das Zeiterleben ein. Der Depressive erlebe ein "mißgetöntes Zeitdehnungsphänomen", während dem Maniker die Zeit schnell dahinjage. Nachdrücklich weist der Autor auf die Antriebsveränderungen durch die Psychopharmaka hin. Damit muß also auch an eine Zeitsinnveränderung durch Medikamente gedacht werden.

Ein zusammenfassender Überblick zeigt eindeutige Veränderungen des Zeitbezugs durch bestimmte Erkrankungen, die die verschiedenen Zeiterlebensweisen je nach dem Menschentyp noch modifizieren. Außer dem Einfluß der Krankheit auf den Zeitsinn ist ein solcher auch durch die Hospitalisierung gegeben. Beide Faktoren sind somit auch bei einer Untersuchung über die Einstellung des Klinikpatienten zur Verweildauer im Krankenhaus zu berücksichtigen.

4. A r z t - P a t i e n t e n - B e z i e h u n g

Da diese Beziehung weitgehend eine Rollenbeschreibung ist, sei einleitend die Definition für Rolle angeführt, wie sie bei Delay und Pichot (22) zu lesen ist. Rolle bedeutet bei ihnen die Gesamtheit der Verhaltensweisen, die bestimmte Personen von einer anderen berechtigterweise erwarten. Sie um-

faßt Einstellungen und Werthaltungen, die von der Gesellschaft einem bestimmten Status zugeschrieben und von ihm erwartet werden. Eine Rolle bedinge immer eine Gegenrolle.

Der Status des Kranken beinhalte folgende Rechte und Pflichten:

- 1, als Recht die Entlastung von Verantwortung für die Dauer der Erkrankung
- 2, das Recht auf Hilfe
- 3, die Verpflichtung zum Genesungswunsch und
- 4, zur Zusammenarbeit.

Sonderfälle seien die Neurotiker und Psychotiker, die von den Pflichten 3, und 4, entbunden seien von der Gesellschaft. Daraus aber leite die Gesellschaft ihr Recht auf die Asylierung dieser Kranken ab.

Der Status und die Rolle des Arztes beschreiben Delay und Pichot (22) kurz mit folgenden Punkten:

- 1, technische Kompetenz als Berechtigung für seine Macht
- 2, eine universalistische Einstellung, deshalb Behandlung ohne Unterscheidung der Person
- 3, funktionelle Spezifität: die Kompetenzen, Privilegien und Verpflichtungen des Arztes gelten nur für den Bereich der ärztlichen Tätigkeit
- 4, affektive Neutralität, wodurch Autoritäts- und Abhängigkeitsbeziehungen begrenzt werden
- 5, altruistische Gesinnung als wesentliches Element des Vertrauens des Kranken zum Arzt.

Die "Patientenrolle" werde angenommen oder verweigert, je nachdem, wie der Konflikt zwischen den beiden Haltungen, in der Diagnose und Prognose des Arztes eine Gefahr (Bestätigung des Krankseins) oder eine Hoffnung (Hilfe durch den Arzt) zu sehen, vom Kranken gelöst werde. Bei Annahme der Patientenrolle zeige der Patient dann umso mehr Vertrauen zum Arzt, je mehr er den Eindruck habe, daß er für den Arzt ein "interes-

santer Fall" sei. Daß der Arzt einen Einfluß auf die Verfassung des Patienten besitze, zeige eindeutig das Ergebnis von Placeboversuchen.

Jores (61) sieht als maßgeblichen Faktor auf Seiten des Patienten die Haltung des Glaubens, des Sichausliefern an die Medizin, das Medikament, den Arzt an. Diese Haltung werde auf der Arztseite gefördert durch eine starke Persönlichkeit und autoritatives Auftreten. Zwischen beiden, Arzt und Patient, bestehe eine gewisse magische Beziehung. Der Arzt gehe in jede wissenschaftliche Therapie als positiver oder negativer Faktor ein. Der heute allgemeine Schwund der Glaubensfähigkeit berühre auch die Arzt-Patienten-Beziehung. Der Arzt sei "nicht mehr die große Figur des Heilers, dem der Kranke sich in gläubiger Hingabe fügt, sondern der Arzt tritt dem Kranken auf derselben Ebene, als Freund gegenüber". Jores spricht von der Macht des Wortes, von der wir heute keinen rechten Begriff mehr hätten, und betont: "Aber gerade der Arzt sollte wissen, daß seine Worte heilen, krank machen, ja, mitunter sogar töten können."

Schulte (19a) grenzt hinsichtlich der Beziehung zum Psychiater drei Patientengruppen ab:

1. Patienten, die scharf zwischen Funktion und Person des Psychiaters trennen. Annahme auf der einen und Ablehnung auf der anderen Seite könnten nebeneinander bestehen.
2. Patienten, die den Psychiater in ihr Wahnsystem miteinbeziehen.
3. Patienten, die dem Psychiater gegenüber völlige Indifferenz zeigen, die evt. bis zur Gleichstellung mit ihm gehe.

Balint (62) weist eindringlich auf die ungenügende Beachtung und wissenschaftliche Untersuchung der "Droge Arzt" hin, die auch im Quickborner Team (16) stärkerer Kritik unterliegt. Für den Patienten sei "der Arzt im weißen Kittel die Inkarnation des medizinischen Wissens und der medizinischen Autorität" (16), und der Arzt wache eifersüchtig, daß an diesem

Bild nicht gerüttelt werde. An gleicher Stelle wird von einer Berufsdeformation im Lauf der Ausbildung des medizinischen Personals, also auch des Arztes gesprochen. Statt Partner des Patienten zu sein, werde er zum technisch-medizinischen Fachspezialisten mit Verlust der Einsicht in die Lage und Wünsche des Patienten. Die Entpersonalisierung des Kranken sei häufig der einzige Abwehrmechanismus gegen Angst und Spannung im medizinischen Personal.

Wie Balint betont auch Mitscherlich (63) die Notwendigkeit einer kritischen Prüfung der ärztlichen Verhaltensweise. Im Lauf seiner Ausbildung verliere der Arzt den Blick für die Wirksamkeit seiner Person. Es sei eben nicht so, daß der Arzt als "Techniker" hinter die angewandte Methode zurücktrete. Ein hartes Wort von Stoevesand (zit. nach Mitscherlich) bleibe nicht unerwähnt: "Arzt als Krankheitserreger."

Auch im "Kursbuch 28" (9) wird die Beziehung zwischen Psychiater und Patient kritisch beleuchtet. Zu dieser Beziehung gehöre es nicht, daß der Arzt Wünsche des Patienten akzeptiere, "wenn sie dieses Verhältnis selber betreffen". In der Therapie müsse die Ansicht verlassen werden, "daß der Psychiater versteht, was vorgeht, der Patient aber nicht" (nach Laing, 1971). Es wird als notwendig erachtet, daß die Patienten zu einer Selbstorganisation finden als Gegenmacht gegen den medizinischen Stab zur Durchsetzung ihrer Interessen. Als Veranschaulichung eines neuen Arzt-Patienten-Verhältnisses wird die Praxis des heute aufgelösten sozialistischen Patientenkollektivs in Heidelberg geschildert, wo die Ärzte von Gruppen des Kollektivs hinsichtlich des Erfolgs ihrer Einzelbehandlungen kontrolliert wurden. Der herkömmliche Anstaltspsychiater sei nie ein wirklicher Psychiater, sondern immer ein Machthaber infolge der hierarchischen Verhältnisse in der Klinikstruktur.

Parow (5) kommt in seiner Analyse der therapeutischen Interaktion zu dem Ergebnis, daß einerseits tatsächlich Abhängig-

keit des Patienten vom Arzt bestehe, auf verbal-manifester Ebene jedoch das Prinzip der Emanzipation und Autonomie des Patienten vertreten werde. Die Zusammenschau ergebe somit "double binds", die heute als krankheitsauslösende oder -verstärkende Faktoren erkannt sind. In der Institution würden folglich blindlings gesellschaftliche Sanktionsmuster reproduziert.

In Basaglias Veröffentlichung (8) meint Schittar über die herkömmliche Arzt-Patienten-Beziehung, sie sei "fast immer ein Autoritätsverhältnis, eine Beziehung, die manchmal unsagbar schwerwiegende Verfehlungen zudeckt und übertüncht, die von krasser fachlicher Unkenntnis bis zu folgenschweren Irrtümern reichen". An anderer Stelle wird besonders der institutionelle Charakter dieser Beziehung betont, in der die Rollen vom System festgelegt seien. Viel mehr als bei anderen Ärzten werde gerade auf den Psychiater vom Patienten der "Mythos der Omnipotenz" übertragen. "Der Kranke gehört ihm", und nicht nur sektoriell ein Organ. Im therapeutischen Bezug zwischen Arzt und Krankem sei unbedingt die Berücksichtigung der Bedürfnisse und Notwendigkeiten des Patienten nötig. Diese Forderung wird verständlich durch die Feststellung, daß für das Verhalten der Kranken zu 80 % sein zwischenmenschlicher Kontakt maßgeblich sei. Basaglia fordert zum Kampf gegen die "Verdinglichung" des Patienten auf, denn die Beziehung zwischen Arzt und Patient sei eine Objektbegegnung mit dem Körper und, infolge der psychodynamischen Theorien, jetzt auch mit der Person des Kranken als Gegenstand. Durch die Unterbringung in einer psychiatrischen Anstalt werde der Kranke automatisch zu einem Staatsbürger ohne Rechte, ausgeliefert der Willkür von Ärzten und Pflägern. Dies und nicht die Krankheit als solche sei das eigentliche Problem in der psychiatrischen Klinik.

Zutt (15a) stellt die Hypothese auf, daß es dort, wo die deskriptive Psycho-Pathologie einen besonders hohen Stand habe,

zu deren Überbewertung komme, die dann den Grund bilde für die Rückständigkeit im natürlichen Umgang mit dem Gestörten, also im sozialpsychiatrischen Bereich. Der Arzt solle nicht nur fragen, welches Zustandsbild, welche Symptome usw., sondern, "was ist mit diesem Menschen los?".

V. v. Weizsäckers (64) "therapeutischer Gestaltkreis" darf in diesem Zusammenhang nicht unberücksichtigt bleiben. Er umschließe Arzt und Patient. Die treibenden Kräfte darin seien stets ambivalent. So gelinge ein Fortschritt in der Therapie nur dort, "wo der Arzt selbst den Kanon seiner Haltungen gemeinsam mit dem Kranken einer Umgestaltung preisgibt". Wie vorangegangene Autoren weist auch Weizsäcker auf die Macht des Wortes hin und daß die wissenschaftliche Ausbildung des Arztes in ihm das für den Kranken Menschlich-Notwendige verkümmern lasse.

Da der Patient ein mithelfendes und mitverantwortliches Subjekt im "Heilbezug Arzt-Patient" sei, sei die Vorstellung einer Subjekt(Arzt)-Objekt(Patient)-Beziehung dabei überholt, erklärt Tochtermann (65). Er stellt die gegenseitige Wechselwirkung des Verhaltens der beiden Teilnehmer dieser Beziehung heraus, und gibt den Rat, die subjektiven Argumente des Patienten wieder mehr zu achten und nicht jede subjektive Reaktion als "Einbildung" abzutun, sofern ein experimenteller Beweis dafür fehle.

Nach einer kritischen Einschätzung der Verhaltensmöglichkeiten von Klinikärzten ("Krankenhausärzte und Universitätsmediziner können sich in den Beziehungen mit den Patienten über alles hinwegsetzen und sich in einen Hof von Mitarbeitern, Krankenpflegern, Türen und Korridoren zurückziehen, die allesamt der eigenen Bequemlichkeit Schutz und Schirm bieten.") meint Luban-Plozza (66) dann, daß Personal wie Patient vom Arzt eine Führerrolle erwarte. Darin liege auch eine Chance, denn somit werde das Arzt-Patienten-Verhältnis wie auch die Reaktionen des Kranken wesentlich vom ärztlichen Verhalten

beeinflusst.

Mit dem Führungsstil in der psychiatrischen Klinik beschäftigt sich Krüger (67) eingehender. Er unterscheidet den "autoritären" oder "dominanten" Führungsstil, die "Laissez-faire-Haltung" und den "sozial-integrativen" Führungsstil. Der erstgenannte erwachse aus - und bedinge die hierarchische Struktur in der Gruppe der Mitarbeiter und zeige im Umgang mit dem Kranken bestimmte kustodiale Formen. Da Führungsstil und Behandlungskonzept in einem gegenseitigen Bedingungsverhältnis stünden, folge daraus eine pater- oder maternistisch-protektive, passivierende, sozialisationshemmende Behandlung. Auch der "Laissez-faire"-Stil wird negativ beurteilt, da er dissoziales Verhalten hervorrufe, das fälschlich als Emanzipation gedeutet werde. Anzustreben sei der "sozial-integrative" Führungsstil, wie er in der therapeutischen Gemeinschaft verwirklicht werde.

Nach Delay und Pichot (22) seien die verschiedenen Typen ärztlichen Handelns abhängig von der jeweiligen Arztpersönlichkeit und weniger von der institutionellen Struktur. Die ärztliche Entscheidung sei von drei Variablen abhängig:

- 1, der objektiven Gegebenheit des Falls
- 2, dem besonderen Status des Arztes
- 3, von der Persönlichkeitsstruktur des Arztes.

Die Autoren sehen jedoch auch die Einflüsse der Kultur und Sozialisation auf die Arzt-Patienten-Beziehung, indem sie festhalten, daß kulturbedingte Gemeinsamkeiten zu ähnlichen, aber nie ganz übereinstimmenden Grundvorstellungen über die Krankheit, ihren Ursprung und ihre Behandlung bei Arzt und Patient führten.

Die Sozialpsychiatrie hat nun nachgewiesen, daß hinsichtlich des Krankheitskonzeptes von einer sozialen Klasse innerhalb eines Gemeinwesens zur anderen Unterschiede bestehen. So hat Michael (17) gefunden, daß der unterschiedlichen Vorstellung von geistiger Gesundheit bei Therapeut und Patient infolge

sozialer Unterschiede zwischen beiden eine Quelle von Schwierigkeiten und von Widerstand auf Seiten des Patienten in der Behandlung sei. Die Therapieziele des Psychiaters seien an die Vorstellung der Mittel- und Oberklasse gebunden.

Parow (5) betont, daß in der Unterschicht die Toleranzschwelle gegenüber pathologischen Symptomen heraufgesetzt sei. Er unterscheidet zwei Patiententypen hinsichtlich ihrer Einstellung zur Klinik. Für den einen sei die Klinik Mittel zur Genesung, für den anderen ein Mittel zur Befriedigung primärer Bedürfnisse. Der erste Typ besitze die Bereitschaft zur Kritik an Arzt und Institution, während der zweite Typ zu Unterwerfung und Anpassung bereit sei, indem er im Arzt eine absolute Autorität sehe. Diese letzte Haltung sei umso geringer ausgebildet, je höher der sozio-ökonomische Status des Betroffenen sei. Der Unterschicht-Patient mit seinem tendenziell autoritären Charakter reagiere auf die bürokratische Klinik mit gesteigerter Abhängigkeit oder mit Rückzug. Dieser Patient statte den Arzt mit oft geradezu magischen Eigenschaften aus. Der Psychiater wiederum erwarte vom Unterschicht-Patienten eine Anpassung an seine Vorstellung darüber, wie ein Patient sich in der therapeutischen Situation zu verhalten habe.

"Zum Arzt gehört Autorität" sagt Hippokrates, und so soll im folgenden speziell dieser Aspekt der Arztrolle im Hinblick auf den Patienten noch näher betrachtet werden.

J.H. Schultz (68) bejaht eine gewisse Autorität, da der Arzt der verantwortliche Leiter der Behandlung sei, "wodurch dem Kranken viel abgenommen wird und abgenommen werden soll".

Delay und Pichot (22) sehen als Mitursache dieser Autorität den kulturellen Wert der Arztrolle und seiner Funktion in der Gesellschaft. In der Annahme der Krankheit durch den Patienten werde auch die ärztliche Autorität akzeptiert.

Fromm (24) unterscheidet zwischen einer "vernünftigen" und einer "hemmenden" Autorität. Erstere sei Vorbedingung für eine erfolgreiche Hilfe für den Unterstellten und strebe danach, sich selbst aufzulösen. Dagegen sei letztere Vorbedingung für die Ausbeutung des Unterstellten und verstärke den Abstand zu ihm umso mehr, je länger sie andauere. Die Unterordnung dabei widerstreite den eigenen Interessen des Gehorchenden, was z.T. durch das Gefühl blinder Bewunderung der Autoritätsperson überspielt werde.

Die einzige Kraft, die so tief auf den Menschen einwirken könne, daß sie ihn zerstöre, sei die Autorität, meint Basaglia (8). Er wirft der psychiatrischen Institution vor, daß sie ausschließlich auf dem Prinzip der Autorität aufgebaut sei mit dem Primärziel von Ordnung und Effizienz. Im Gegensatz zum übrigen Gesellschaftsbereich besitze der Psychiater in seinem besonderen Aktionsfeld weitreichende, nicht kontrollierte Handlungsfreiheit, die leicht einen Eingriff in die Rechte der anderen bedeuten könne, allerdings nicht müsse.

Goffmann (7) kritisiert, daß das legale Mandat des Arztes über das Schicksal des Patienten sowie seine institutionelle Macht über Teile des Personals ihn automatisch mit der Autorität ausstatte, die andere Helfer sich meist erst in der tatsächlichen Interaktion mit dem Kranken erobern müßten.

Als Folgen autoritärer Führung beschreibt Flegel (69) große Abhängigkeit, Reizbarkeit und Aggressionsneigung unter den Geführten, die sich bei einer "demokratischen leadership" verminderten oder gar nicht auftauchten.

Der mehr oder weniger institutionell, kulturell verankerter Autoritätsstruktur steht der autoritäre Charakter gegenüber. Fromm (24) beschreibt ihn als einen, der die Autorität bewundere und sich unterwerfen wolle, andererseits selbst Autorität sein und sich andere geüßig machen wolle. Sein Heroismus sei "die Unterwerfung unter das Schicksal, nicht dessen Änderung".

Adorno (70) übernimmt die Definition des autoritären Charakters von Fromm und erläutert ihn noch näher. Diese Charakterstruktur sei von Vorurteilen bestimmt, leiste eine Verinnerlichung gesellschaftlichen Zwangs und gelange so zu einer bereitwilligen und freudigen Unterwerfung und Gehorsam gegenüber der jeweils einwirkenden Macht.

Aspekte des autoritären Charakters findet Parow (5) verstärkt im Rollenspiel von Psychotikern aus der Unterschicht. Diese Patienten wollten Führung. Damit hänge ihre Neigung zur chronischen Verlaufsform der Erkrankung zusammen. Das Sprachsystem der Unterschicht, der sogenannte "restricted code" (Bernstein), sei einzig sensibel für eindeutige soziale Beziehungen, "d.h. klare Autoritätsverhältnisse, die als Handlungsanweisungen (Rolleninterpretationen) dienen können".

Basaglias (8) Anmerkung, das Bedürfnis des Patienten nach Autorität bestehe aus Furcht vor Selbstverantwortung, leitet zum Teilbereich der Regression innerhalb der Arzt-Patienten-Beziehung über. Hopf (71), der Vorsitzende des deutschen Chefarztverbandes, macht es sich zu leicht, wenn er pauschal sagt, der Kranke sei ein "archaisch, kindlich, unlogisch, magisch denkendes Wesen".

Fr. Alexander (71a) unterscheidet zwei Formen von Regression. Ursprünglich bedeute sie nach Freud die Rückkehr zu ehemals erfolgreichen Formen der Anpassung in Konfliktsituationen, die das Ich nicht bewältigen könne. Später beschreibe Freud eine weitere Form der Regression, die eine Fixierung an einen ungelösten traumatischen Konflikt mit zwanghafter Rückkehr zu diesem Vergangenheitserlebnis darstelle. Durch die Regression werde die Wahrnehmung der realen Zeit verwischt. Nahezu ohne jedes persönliche Zeitbewußtsein lebe der regredierte Mensch in völliger passiver Abhängigkeit von anderen.

Brenner als Teilnehmer des Quickborner Symposions (16) hingegen behauptet, er habe bei seinen Untersuchungen das oben ge-

schilderte psychosomatische Modell der Regression als eine der wenigen Theorien über die Psychologie des Klinikpatienten nicht oder nur sehr eingeschränkt gefunden. Vielmehr scheine ihm die Theorie, daß der Kranke besonders in der klinischen Situation zu kindlichen Verhaltensmustern regrediere, eine "self-fulfilling-prophecy": "Weil man meint, die Reaktionen, Wünsche und Bedürfnisse des Patienten seien denen der Kinder ähnlich, infantilisiert man die Patienten. Man zwingt sie geradezu, sich kindlich zu verhalten." Sofern kindliche Verhaltensweisen beim Patienten festzustellen seien, stellten sie nicht eine typische endogene Reaktionsweise des Patienten dar, sondern seien bedingt durch das autoritäre Verhalten des medizinischen Personals.

Basaglia (8) nennt in diesem Zusammenhang die Arzt-Patienten-Beziehung ein "Wechselspiel zwischen Macht und Regression". Die Beziehung zum Psychiater gebe dem Patienten nur die Bestätigung seiner Regression, die dadurch weiter vorangetrieben und zur Erstarrung gebracht werde. Auch er führt die mehr oder weniger starke Regression des Kranken auf die Klinik zurück, auf die Gewalttätigkeit der psychiatrischen Einrichtungen. "Verantwortlich für den Zustand des Kranken sind die ständigen Demütigungen, Pflichtverletzungen, Machtübergriffe und die Gewalt der Institution gegenüber den Kranken." Andererseits verstärke der "Internierte" seine Regression selbst, um der Angst, seinem Objektdasein und dem Ausgeliefertsein zu entgehen.

Delay und Pichot (22) analysieren drei psychologische Momente in der Krankheit, die z.T. dem kindlichen Verhalten ähnlich, also regressiv seien: Rückzug von der Außenwelt, egozentrische Einengung (Narzißmus) und eine Haltung, gemischt aus Beherrschungsansprüchen und Abhängigkeit, wobei nach Balint noch keine genaue Kenntnis darüber bestehe, welcher Grad von Abhängigkeit für den Patienten im Einzelfall wünschenswert sei, der Arzt sie also fördern oder abbauen solle.

Mitscherlich (63, 72) betont mehr die psychoanalytische Sicht der Regression. In der Integration des seelischen Geschehens können progressive und regressive Prozesse gleichzeitig stattfinden. Die regressiven Akte seien es dann, die sich in krankhaften Äußerungen des psychischen Verhaltens oder auch des somatischen Geschehens manifestierten. Er weist auf den Faktor Unwissen hin, der das Unbehagen an der Realität verstärke, damit die Neigung zur Regression fördere, womit wiederum eine vernünftige Anpassung verhindert werde.

Die Ansicht von Goldstein (zit. nach Meyendorf, 73), daß Regression das charakteristische Verhalten in der Isolation sei, findet Unterstützung in der Beobachtung von Ohm (57) an Untersuchungshäftlingen. Nach dem Verhaftungsschock trete regelmäßig eine Phase der Regression auf. Ein Analogieschluß von dieser Erfahrung auf die Situation hospitalisierter psychiatrischer Kranker scheint mir nicht abwegig. Nach Ohm ist diese Regression anscheinend unabhängig von Geschlecht, Lebensalter bzw. -reife und Erfahrung. Eine gewisse Ausnahme würden Jugendliche bilden, die zuweilen gegen die autoritäre Führung in der Haftanstalt protestierten. Interessanterweise werde diese regressive Haltung in der Mehrzahl der Fälle nach der Straftentlassung, z.T. über Jahre, beibehalten.

Parow (5) lastet die Regression der psychiatrischen Patienten wie vorangegangene Autoren ebenfalls der Klinik an, in der der Patient zu Unselbständigkeit und autoritärem Gehorsam erzogen werde. Diese Konformität erzeuge dann u.a. im objektiven Sinn gewisse Symptome und verschlechtere so den Krankheitsstatus des Patienten. Wie andere Autoren sieht auch Parow, daß die Hospitalisierung stets auch "gratifizierende Momente" wie Unterstützung, Schutz und Sicherheit für den Patienten enthalte, wodurch jedoch dessen Abhängigkeitsbedürfnisse nur erzeugt oder verstärkt würden. Von daher sei die Reaktion des Patienten zu verstehen, die nicht selten auf eine

Entlassungsansage hin erfolge: Angst, Regression, Reaktivierung von Symptomen. Lipsitt (zit. nach Parow) nennt dies "Hospitalitis-Syndrom" und bezeichnet damit ein apathisches, passives, willfähriges und depressives Verhalten von Patienten. Weiterhin unterscheidet Parow zwischen Patienten mit höherer und geringerer "sozialer Fertigkeit". Diese Eigenschaft bleibe auch in der Psychose bestehen und wirke sich in dem Sinn aus, daß der Patient mit höherer sozialer Fertigkeit fortfahre, über anstehende Probleme nachzudenken, und sie zu überwinden suche. Der Patient mit niedriger sozialer Fertigkeit gerate aus Mangel an Bewältigungsfähigkeit oft in den chronischen Krankheitszustand mit regressivem Verhalten.

Calabresi und Cohen (56) finden in ihrer Untersuchung als gewisse Bestätigung für das Vorangehende, daß der Persönlichkeitsfaktor Abhängigkeit bei älteren und weniger ausgebildeten psychiatrischen Klinikpatienten signifikant höher als in der Vergleichsgruppe ist.

Hinter der Regression verbirgt sich nicht selten eine Flucht aus der normalen Umwelt in die Klinik. Darauf weisen Dembo und Hanfmann (74) hin. Obwohl aber die Klinik als Zuflucht benützt werde, verliere sie nicht ganz ihren negativen Charakter für den betreffenden Insassen. Deshalb sei das Verhalten des Patienten wechselnd. Besonders alte Menschen zeigten jedoch eine gewisse Resignation und den Versuch des Arrangements.

Im "Kursbuch 28" (9) liest man, daß die Klinik vom psychisch Kranken vielfach als Zuflucht vor der Feindseligkeit und Aggressivität des Alltags benützt werde.

Auch Bierer (75) sieht die möglichen Bedingungen für Regression des Patienten in der psychiatrischen Anstalt. Diese verschaffe dem Patienten ein hohes Maß von Geborgenheit, enthebe ihn eines Teils seiner Verantwortung und seiner Alltagssorgen. Nach längerer stationärer Behandlung könne er sich nur

mühsam wieder an das Leben in der Außenwelt gewöhnen. In den von Bierer genannten Bedingungen für die Regression sehen Kluge und Schigutt (76) Gründe für den Wunsch nach Verbleib in der Klinik.

Auf das Extrem der Regression im weiteren Sinn verweist Zutt (15a), der feststellt, daß der psychiatrische Anstaltspatient sich soweit mit seiner Lage abgerunden und sich an sie angepaßt habe, daß er völlig auf Freiheit und Entlassung verzichte (nach Zutt das zahlenmäßig größte Problem). Als Entschuldigung für das Gewährenlassen dieser Patienten werde man auf Symptome hingewiesen, die diese böten, die jedoch gewiß vielfach Anstaltsartefakte seien.

Kurz sei auf die ärztliche Wahrhaftigkeit als kleiner Teilaspekt der Arzt-Patienten-Beziehung eingegangen.

J.H. Schultz (68) warnt vor einer Prognosenfälschung (mit der einzigen Ausnahme von der Ehrlichkeit bei "bewußt zu erlebendem und rettungslosem Siechtum"). Hellner (77) macht demgegenüber auf die "individuelle Gleichung" bei jedem Kranken aufmerksam, die eine individuelle Prognose erschwere oder verhindere.

Ausführlich mit dem Problem der ärztlichen Auskunft setzt sich Hertel (78) auseinander. Die Aufklärungspflicht, welche die nur dem Fachmann zugängige Erkenntnis betrifft, setzt nach ihm keine Anfrage voraus, sondern entstehe mit der Kenntnis der zur Aufklärung verpflichtenden Tatsache oder Möglichkeit. Der Zeitdruck in der beruflichen Tätigkeit des Arztes wirke sich u.a. im Sinne einer Verkürzung erwünschter ärztlicher Auskünfte aus. Im Sozialleben bestehe eine grundsätzliche Pflicht zu wahrer Auskunft. Hinsichtlich der ärztlichen Auskunft gelte, daß sie begrenzt werden könne, jedoch nicht täuschen solle. Dabei sei die Möglichkeit des Begreifens beim Empfänger zu berücksichtigen. Wenn die wahre Wie-

dergabe eingeschränkt werde, müsse die Offenbarung so bleiben, "daß keine unzweckmäßigen Entschließungen auf Grund der vorgeblichen Wahrheit getroffen werden". Für Nachteile, die dem Patienten durch unwahre Auskünfte entstünden, hafte der Arzt. Der Patient habe nicht den Anspruch, alles zu erfahren. Andererseits aber bedarf es einer besonderen Rechtfertigung, wenn eine ärztliche Auskunft nicht erteilt werde. Die ärztliche Auskunft umfaßt u.a. den Betreuungsplan, die Kosten und die Dauer der Betreuung, mögliche Nebenwirkungen, die individuellen und allgemeinen Erfolgsaussichten. "Auskunft und Aufklärung gegenüber dem Patienten sind vertragliche Pflichten des Arztes, die in Verbindung mit einem Betreuungsfall entstehen." (78)

Zuletzt zwei Stimmen, die als kleine Entschuldigung für manche Versäumnisse und Fehler auf Seiten der in der Klinik tätigen Psychiater gelten sollen.

Goffman (7) betont: "Je mehr ein Helfer sich bemüht, seinen Dienst gut auszuführen, und je mehr sein eigener Berufsstand ihn durch ein öffentliches Mandat kontrolliert, desto mehr wird ihm die öffentliche Aufgabe zufallen, die Normen der Gemeinschaft einzuhalten."

Bei den oft jahrzehntelang in psychiatrischen Krankenhäusern tätigen Ärzten bewahrheitete sich eben auch, meint Zutt (15a), die allgemein anerkannte Wechselwirkung zwischen Mensch einerseits und Kultur und Institution andererseits. Beides beeinflusse einander und präge sich gegenseitig, so auch die Institution den in ihr tätigen Arzt.

Zusammenfassend stellt sich die Arzt-Patienten-Beziehung als ein in seiner Bedeutung erst heute immer besser erkannter Bereich des Arzt- und Gesundheitswesens heraus. Arzt wie Patient sind in dieser Beziehung jeweils besonderen Gefahren ausgesetzt, die sich anscheinend unmittelbar auf den Erfolg al-

len therapeutischen Bemühens auswirken. Was in einem "Ärzteknigge" (Seyfarth, 79) aus dem Jahre 1932 steht, ist offensichtlich auch heute noch nicht überholt: "Nie darf vergessen werden, daß wir Ärzte für die Kranken da sind, nicht die Kranken für uns!" und: "Menschentfreundlichkeit, Güte, Hilfsbereitschaft, Mitleid und Selbstlosigkeit leiten uns bei unserem Tun und Lassen."

5. Frustration, Aggression, Resignation

Levitor (80) definiert Frustration als einen psychischen Zustand des Menschen, der sich durch charakteristische Besonderheiten des Erlebens und Hoffens auszeichne und durch objektiv unüberwindbare oder subjektiv so verstandene Schwierigkeiten auf dem Weg zur Erreichung seines Zieles oder zur Lösung seiner Aufgabe hervorgerufen werde.

Als Versagung mit Aufstauung von Triebenergie bezeichnet Mitscherlich (72) die Frustration. Dollard (1939, zit. nach Schmidt-Mummendey, 81) versteht darunter "die Bedingung, die entsteht, wenn eine Zielreaktion gestört wird". Eine primäre und sekundäre Frustration wird von Rosenzweig (1944, zit. nach Schmidt-Mummendey, 81) unterschieden je nach Enttäuschung primärer oder sekundärer höherer Ansprüche des Individuums. Eine neue Definition von Frustration geben Bandura und Walters (1963, zit. nach Schmidt-Mummendey, 81): "Eine einfache Streßsituation, die je nach Art der Reize, die gerade vorherrschen, die entsprechenden Reaktionen, die gerade in der Reaktionshierarchie des Individuums dominant sind, hervorrufen." Hier wird schon auf die möglichen Folgen der Frustration hingewiesen, die später noch behandelt werden.

Abschließend hierzu stehe die Definition von Frustration aus einem Wörterbuch für Psychologie (82): "Bezeichnung für eine Behinderung des Organismus, ein Ziel zu erreichen. Im übertragenen Sinne durch jede Art der Behinderung, einem vorgestellten Ziel näher zu kommen. Die Behinderung kann dabei als direkte Versagung erlebt oder aber ... ohne Beteiligung des Bewußtseins (unbewußt) wirksam werden, sowie das Ziel entweder ein klar erkennbares, vorgestelltes oder aber 'unbewußtes' sein kann."

Da hier die Erscheinung der Frustration im Zusammenhang mit dem Aufenthalt des Patienten in einer psychiatrischen Klinik gesehen werden soll, taucht die Frage auf, wo mögliche Ursachen für die Frustration des Patienten liegen.

Da werden Eingriffe in den individuellen Lebensrhythmus und die individuelle Tagesgestalt und die Einordnung in ein unstrukturiertes Kollektiv genannt (83). Kluge und Schigutt (76) weisen auf die vielen kleinen und großen Beschränkungen für den Patienten bei Klinikeintritt hin. Sie sehen in der Station allerdings kein unstrukturiertes Kollektiv, sondern deutlich hierarchische Gliederungen unter Einbeziehung der Pflegergruppe. Die Einfügung in diese Rangordnung könne zur Quelle von Versagungen werden.

Diese Meinung vertreten auch Hemprich und Kisker (10) und klagen die übliche unfreundliche Indifferenz, das Sich-lange-bitten-lassen und die Entgleisungen des Pflegepersonals an. Einen speziellen Anlaß für die Frustration von Patienten sehen sie darin, daß durch die ärztliche Anfangsexploration der Kontaktwunsch "aufgeheizt" werde, der dann nicht erfüllt werde.

Allgemein von der Milieubedingtheit menschlichen Befindens spricht Jores (61): "Ein jeder Mensch erfährt an sich ständig, wie sehr er abhängig ist von dem Milieu, in dem er sich

befindet, und wie sehr er in fremden Räumen von dem, was man die Atmosphäre nennt, angesprochen oder abgestoßen wird." Diesem Einfluß der Umgebung, des Wohnens mißt Strotzka (12) eine extreme Bedeutung für die Psychodynamik des Lebensablaufes zu. Als Beispiel im Großen erwähnt er, daß in neuen Siedlungen vorübergehend eine ansteigende psychische Morbidität infolge eines Anpassungsstreßes auftrete. Der starke Einfluß des Anstaltsaufenthalts auf schizophrene Patienten sei nachgewiesen.

Diebold (84) vermutet hinter der umweltbedingten Angst von Schizophrenen meist Kontaktangst, die durch reale oder irreal-mitmenschliche Annäherung bedingt sei. Bei Manisch-Depressiven fördere mitmenschliche Entfernung bzw. realer oder irrealer Verlust solche umweltbedingte Angst. Diese unterschiedliche Einstellung zur mitmenschlichen Umwelt könnte über eine daraus folgende bestimmte Einstellung zur Entlassung auch ein Anlaß für Frustration sein.

Klages (60) betont einen anderen Grund für Frustration, die Isolierung. Bindeglied dazwischen sei die Langeweile, die in stimulationsarmer Umwelt bei normalem Antriebsinnendruck entstehe. Das Nachlassen physiologischer Außenreize rufe psychische Veränderungen mit deutlich affektiver Mißtönung hervor. Nach Plügge (31) kommt solche Langeweile beim Warten ins Leere hinein, bei besonderer Dünne und Dürftigkeit des Zeitinhalts.

Nach Siguan-Soler (85) ist ein wesentlicher Zug der heutigen Anthropologie die Bestätigung, daß der Mensch wesentlich aktiv sei, und es sei ein fruchtbarer Versuch, den Menschen von seiner Aktivität her zu verstehen. Ohm (57) erlebte als schwerwiegenste Beeinträchtigung bei Häftlingen ihre Verurteilung zur Passivität, zur Beschränkung der Handlungsfreiheit. Bei Alexander (30) ist zu lesen, der Zwang, Dinge aufzuschieben, führe häufig zum Gefühl des Bedrängtseins. Diese

kurze Betrachtung zur menschlichen Aktivität macht es wahrscheinlich, daß deren Einschränkung im Klinikalltag zu Frustration der Patienten führen kann.

In diesem Zusammenhang muß auch der Einfluß der Arbeit bzw. Nicht-Arbeit beim Patienten gesehen werden. Leavy und Freedman (zit. nach 'Kursbuch 28', 9) schreiben: "In einer Gesellschaft, wo jeder arbeitet, reicht es aus, nicht zu arbeiten, um das Gefühl von Schuld und Depression zu erzeugen." Das Selbstbewußtsein des Patienten sei gedrückt, wenn sie nicht zur Arbeit gehen könnten. Auch Gerstenbrand (86) weist darauf hin, daß die Arbeit innerhalb unseres Wertsystems eine bedeutende Stelle einnimmt, wofür die Pensionierungsschäden aus Selbstwertverlust ein Zeichen seien.

Parow (5) sieht hinsichtlich der Bedeutung der Arbeit für den Patienten wiederum Klassenunterschiede. In der Mittelschicht werde eine gratifizierende Arbeitsrolle erfahren, die die Ich-Integration fördere. Der Wunsch nach Arbeit sei hier ein Ansporn zur Rehabilitation. Anders sei in der Unterschicht Arbeit ein Faktor bloßer materieller Sicherung und wenig ich-integrierend. Die Arbeitsrolle bilde eine geringere Motivation zur Rehabilitation. Die Verhinderung des Arbeitens durch den Klinikaufenthalt ist also in Abhängigkeit von der Klassenzugehörigkeit eine mögliche Quelle von Frustration. Außerdem ist wegen der unterschiedlichen Wertschätzung der Arbeit ein verschieden starker Entlassungswunsch bei den Patienten zu erwarten.

Parow (5) weist noch auf eine andere mögliche Ursache für Frustration beim Unterschicht-Patienten hin. Dieser erwarte eine deutlich direktive, non-verbale Therapie. Bleibe sie aus, komme es beim Patienten zu Unsicherheit, Angst und Rückzugsreaktionen, in denen er von seinen Angehörigen noch bestärkt werde.

Strotzka (12) kommt auf die Bedeutung der Informationsfrage

zu sprechen und schreibt: "Zuwenig, unkontrollierbare, falsche oder eine Überfülle von Informationen bilden einen starken, akuten oder chronischen, angstausslösenden Faktor." Bei Umsetzung dieses Sachverhalts auf die Verhältnisse in der psychiatrischen Klinik ist hier eine weitere mögliche Frustrationsursache zu vermuten.

In einer größeren Arbeit, in der Dembo und Hanfmann (74) die psychologische Situation der Patienten als Reaktion auf ihre Aufnahme in eine psychiatrische Klinik untersuchen, legt nur eine einzige der sechs von den Autoren unterschiedenen Patientengruppen wirklich Wert auf die Klinikbehandlung, und drei Gruppen versuchen mittels verschiedener Verhaltensweisen so rasch wie möglich die Klinik wieder zu verlassen. Die psychologische Situation der Patienten stehe weitgehend nicht im Zusammenhang mit der Diagnose, sei jedoch zu kennen notwendig, um das Betragen der Patienten zu verstehen. Andernfalls bestehe die Gefahr, das Verhalten als Krankheitssymptom auszuliegen. Solch charakteristische Verhaltensweisen seien u.a. blinde Aggression, Betrübniß bis zum Zusammenbruch, möglichst konfliktfreies, ja liebedienerisches Betragen, um dadurch aus der Klinik zu kommen, ständiges Fragen über Ursache und Dauer des Klinikaufenthalts, völlige Mißachtung der Kliniksituation und Protest. Es zeigte sich, daß bei wiederholtem Klinikaufenthalt blinde Aggression und Betrübniß viel seltener sind als beim ersten Aufenthalt. Männer seien vor allem ständige Frager, während bei Frauen eher Betrübniß, Aggression und "liebedienerisches" Betragen auftreten. Dies ist auch bei Patienten mit niedrigem Ausbildungsniveau der Fall. Mittleres Ausbildungsniveau sei überwiegend mit ständigem Fragen verbunden, und höhere Ausbildung mit völliger Mißachtung der Klinik oder Protest. Ältere Patienten würden besonders zu den Fragern gehören oder die Klinik als Zuflucht ansehen, jüngere Patienten hingegen blinde Aggression, Betrübniß oder berechnende Anpassung.

Von der Anpassung als Manöver der Patienten, eine rasche Entlassung zu erreichen, spricht auch Goffman (7): "Um aus der Klinik hinauszugelangen oder um ihr Leben drinnen zu erleichtern, müssen sie so tun, als akzeptierten sie den ihnen zugewiesenen Platz, und dieser ihnen zugewiesene Platz verlangt von ihnen, daß sie die Berufsrolle derer unterstützen, die offenbar diesen Handel erzwingen." Diese "selbstentfremdende moralische Knechtschaft" sei wahrscheinlich für die geistige Verwirrung mancher Insassen verantwortlich.

Die Anpassung scheint eine Form zu sein, in der der Patient mit seiner erlebten Frustration fertig wird. Damit im Zusammenhang steht die Frustrationstoleranz, das Ausmaß der Fähigkeit, warten und aufschieben zu können. Alexander (30) geht darauf näher ein. Spannungen zu ertragen, verlange ein größeres Ichvermögen, Vorschneile Impulshandlungen mit Neigung zu Gewalttätigkeit oder Gehetztheit seien dadurch verhindert.

Adorno (70) nennt das Vermögen, innere Spannungen aufzuspeichern oder sie in konstruktiver Weise zu entladen, Selbstkontrolle. Diese Fähigkeit reiche aber immer nur bis zu einem bestimmten Ausmaß der Spannung. Die Stärke der Selbstkontrolle sei auch davon abhängig, wieweit Ansprüche, die von außen an die Person herangetragen werden, in sie integriert würden.

Leshan (48a), Parow (5) und Strotzka (12) finden bei niedrigen sozialen Schichten nur eine geringe Frustrationstoleranz, stattdessen Neigung zu Depressionen, Unfreundlichkeit und Mißtrauen, zu größerer Empfindlichkeit und zum Ausagieren von Problemen.

Damit sind wir zum Thema Aggression gelangt, dem im folgenden das Interesse gelten soll.

Vorausgeschickt sei die Definition von Dollard für Aggression (1939, zit. nach Schmidt-Mummendey, 81): "Eine Handlung, die

die Verletzung, Schädigung oder Kränkung eines Organismus oder eines Organismus-Ersatzes zum Ziel hat."

Nach Mitscherlich (72) besteht Anpassung bei uns vor allem darin, Abwehrmechanismen gegen Triebregungen zu erlernen. Der Aufstau von Triebenergie in der Frustrationsphase bewirke schließlich eine Mobilisierung von Aggression. Allerdings müsse nicht jede schwere Versagung zur Enthemmung von Aggression oder zu verhängnisvollen innerseelischen Auswirkungen wie z.B. Apathie, Regression, Depression führen. Aber der grundsätzlich bestehende Weg von "unerträglicher und perversierter Frustration" zu ungekonnter destruktiver Aggressivität wird von Mitscherlich bejaht.

Bjerre (87) gebraucht den Begriff "Umanpassung" für den psychologischen Zustand beim Übergang von einer Lebenssituation in eine andere. Eine Erscheinung dabei sei die motorische Unruhe, die vielleicht fälschlich als Aggressivität ausgelegt werden kann. Eine solche Umanpassung erlebt jeder Patient mit dem Klinikeintritt, ganz sicher besonders der psychiatrische Patient.

Luban-Plozza (66) beschreibt zwei Arten der Reaktion in der Anpassungs Krise, die der Kranke infolge seiner Erkrankung erlebe: Widerstand gegen die Abhängigkeit mittels Überkompensationsmechanismen mit Aggressionstendenz oder freiwillige Auslieferung an die durch die Erkrankung geforderte Passivität.

Sehr ausführlich setzt sich Schmidt-Mummendey (81) mit den Bedingungen aggressiven Verhaltens auseinander. Eine wichtige Hypothese hierüber besagt, daß das Auftreten von Aggression in jedem Fall eine vorhergegangene Frustration voraussetze, und daß Frustration immer zu irgendeiner Form von Aggression führe, die nicht immer im offenen Verhalten erscheinen müsse. Diese ursprüngliche Form der Frustrations-Aggressions-Hypothese ist von Mitter u.a. (1941, zit. nach Schmidt-Mummendey, 81) revidiert worden: "Frustration schafft Anreize zu einer

Reihe verschiedener Formen von Verhaltensweisen, einer davon ist der Anreiz zu irgendeiner Form von Aggression." Je mehr nicht-aggressive Reaktionen durch fortdauernde Frustration gelöscht würden, desto größer werde die Wahrscheinlichkeit, daß der Anreiz zu einer aggressiven Verhaltensweise dominant werde, und so aggressives Verhalten auch tatsächlich auftrete.

Anstoß für diese Hypothese sei Freuds psychoanalytisches triebdynamisches Konzept gewesen, das Aggression als Diener des Lustprinzips ansah bzw. als Reaktion auf Frustrationen auf dem Weg zum Lustgewinn bei der Befriedigung der Libido. Nach 1920 sei die Aggressivität von Freud dann dem als selbständig postulierten Todestrieb zugeordnet worden (nach Schmidt-Mummendey, 81). Eine neuere Hypothese betrachte Aggressivität als sozial gelernte Verhaltensweise auf Grund von Imitation. Mittlerweile sei die allgemeine Reizabhängigkeit aggressiven Verhaltens, seien es Gehirn- oder Außenreize, als Tatsache zu betrachten.

Schmidt-Mummendey selbst vertritt das Modell einer verhaltenswissenschaftlichen Bedingungsanalyse der Aggressivität. Durch die Einbeziehung von Persönlichkeitsvariablen werde verständlich, wieso auf die gleiche Situation unterschiedlichste Reaktionen durch verschiedene Individuen erfolgten. Als Ergebnis einer Untersuchung auf Grund dieses Modells zeigt Aggressivität nicht immer auch ein offen aggressives Verhalten. Dieses trat bei Frustrierten häufiger als bei Nicht-Frustrierten auf. Außerdem würde ein enger Zusammenhang von Aggressivität oder dem individuellen Potential aggressiver Reaktionsgewohnheiten mit erhöhter emotioneller Reagibilität und Aktivierung und emotioneller Instabilität gefunden.

Lorenz (88) vertritt hinsichtlich der Aggression eine Instinkttheorie. Er definiert Aggression als Kampftrieb von Tier und Mensch, der auf den Artgenossen gerichtet ist. Die

Aggression sei ein Instinkt und unter natürlichen Bedingungen lebens- und arterhaltend. Gefährlich an ihr sei die Spontaneität des Instinkts. Gerade wenn Menschen eng zusammenleben und sich verstehen, komme es zu einem Stau von Aggression. Reize zur Auslösung erfahren dann nach Lorenz eine Schwellenerniedrigung, denn jeder Instinkt melde sich energisch, wenn er lange schweigen mußte. Auf keinen Fall sei eine Aggressionssteuerung durch Fernhalten auslösender Reizsituationen oder durch ein moralisches Verbot möglich.

Schmidbauer (89) lehnt die Ansicht von Lorenz ab auf Grund neuer Erkenntnisse der Aggressionsforschung. Aggression sei kein primäres Bedürfnis, sondern ein sekundäres, eine Reaktion, die lern- und verlernbar sei. Aggressives Verhalten könne auch unabhängig von Frustrationen gelernt und instrumentell eingesetzt werden, um Widerstände zu überwinden. Die ungerichtete Aggressivität zeige im allgemeinen geringe Frustrationstoleranz. Sie beruhe auf krankhaften organischen Störungen in den für aggressives Verhalten verantwortlichen Hirnanteilen oder auf einer Kette von umweltbedingten Lernvorgängen. Die gezielte Aggressivität steige seltener bis zu krankhafter Intensität an. Als Auslöser für Aggression führt er u.a. Gefühle von Hilflosigkeit und Verlassensein und Orientierungsverlust an. Auf organischen krankhaften Prozessen beruhe nur ein verschwindend kleiner Teil von Aggression.

Klages (60) faßt Aggressivität und Fluchtverhalten zum Gefahrenschutztrieb zusammen und stellt fest, daß er bei Alterskranken und im schizophrenen Antriebsdefekt herabgesetzt sei. Chronisches Unbefriedigtsein mit einer starken Komponente von Aggressivität sei eine Folge gestörter Willensbildung auf Grund von Reizverarmung.

Diesen Isolierungseffekt spricht auch Strotzka (12) an: "Wann immer ein Individuum oder eine Gruppe von der Gesellschaft aus irgendeinem Grunde ausgeschlossen wird, besteht die Ge-

fahr einer Fehlentwicklung, wobei die Aggression nach innen oder nach außen gewandt werden kann oder eine vorübergehende und je nach Art und Dauer der Isolierung dauernde Verarmung und Verödung der Persönlichkeit eintritt."

Basaglia (8) betrachtet die Aggressivität psychischer Patienten vor allem als Effekt der Institutionalisierung. "Sobald die institutionelle Gewalt verschwindet, verschwindet auch die Gewalt der Geisteskranken." (Jervis bei Basaglia, 8.)

Parow (5) vertritt die Ansicht, daß die Unterschicht-Psychotiker Gefühle und potentielle innere Konflikte durch direktes Ausagieren mitteilten. Die bevorzugte Richtung der Aggression (nach außen oder gegen das eigene Ich) sei ein Indiz für die Höhe der Ich-Entwicklung. Die Richtung nach außen zeuge u.a. von Projektion mit schlechterer Prognose. Es wird auch darauf hingewiesen, daß Männer mehr als Frauen zur Gewalttätigkeit neigen, während bei letzteren die Neigung zur Flucht größer sei.

Auch Michael (17) schreibt dem Unterschicht-Patienten die Neigung zu Projektion, Widerstand und Ausagieren zu.

Die Institution der psychiatrischen Klinik und der Aufenthalt in ihr als Ursache für Aggression und Auflehnung wird auch bei Zutt (15a) und bei Kluge und Schigutt (76) dargestellt. Bei letzteren wird auch auf Gruppensituationen in der einzelnen Abteilung der Klinik mit bestimmten Gruppentendenzen hingewiesen, die gegebenenfalls Anlaß für Auflehnung, Protest und Aggression sein können. Die Kenntnis des Milieus in der jeweiligen Abteilung ermögliche vielfach erst das Verständnis für Patientenreaktionen.

Im Vorangegangenen wurde das Verhalten desjenigen menschlichen Reaktionstyps nach Mitscherlich (63) geschildert, der emotionelle Erregungen "ausdrücken" könne durch Handeln, An-

griff, motorische Aktivität allgemein. Als zweiten Reaktionstyp nennt Mitscherlich den Menschen, der zur Aktion "nach innen", gegen sich selbst tendiere unter Rückzug und Realitätsabkehr. Diese zweite Reaktionsweise bezeichnet Iblher aus dem Quickborner Team (16) mit Resignation, die von außen gesehen dann als Regression bezeichnet werde. Ursache für dieses Verhalten des Patienten sei eine falsche Behandlung, eine gewisse Rücksichtslosigkeit ihm gegenüber. Der resignierte Patient sei der "gute" Patient auf der Station.

Nach Kahne ("Kursbuch 28", 9) werde vielfach ein großer Teil der Erbitterung, der Langeweile und des Überdresses, den die Patienten über die Anstaltsverhältnisse empfinden, als Depression bezeichnet. Mir scheint hier mit anderen Worten die Resignation des Patienten beschrieben.

Parow (5) führt als Hauptabwehrmechanismus des Unterschicht-Patienten gegen die Spannungen, die die therapeutische Situation in ihm verursachen, "eine große Passivität und Abhängigkeit" an. Diese Erscheinungen lassen sich wiederum als Zeichen der Resignation interpretieren. Basaglia (8) sieht in der "Einigelung (des Patienten) in die Schutzhülle der Apathie, der Gleichgültigkeit und Gefühllosigkeit ... eine letzte verzweifelte Abwehrreaktion gegen die Welt", die ihn zu vernichten drohe.

Den Umschlag von Aggression in Resignation beschreibt Balint (90). Bei Ungleichheit zwischen Individuum und Aggressionsobjekt werde ein Kampf als unnütz und hoffnungslos betrachtet. Der Konflikt werde dann ausschließlich durch Identifizierung mit dem "Angreifer" gelöst. Es komme zu einer mehr oder weniger vollständigen Unterwerfung unter dessen Macht.

Eine klare Trennung zwischen Resignation und Regression ist anscheinend schwer zu ziehen, so daß manches, was unter dem Begriff Regression im Vorangegangenen gesagt worden ist, auch

hinsichtlich der Resignation gültig ist.

Über die Gleichzeitigkeit von Aggression und Resignation schreibt kurz Mitscherlich (72), indem er sich auf Marcuse stützt, daß es möglich sei, zugleich aggressiver wie auch nachgiebiger und fügsamer zu werden. V. v. Weizsäcker (64) betont die Ambivalenz und Polarität in allen Erscheinungen, auch im Menschen, und Balint (90) sagt, Erwachsensein sei gleichbedeutend mit "ambivalente Gefühle haben". Es sei eine Frage, ob es überhaupt eine der Ambivalenz vorausgehende Phase beim Menschen gebe, und wenn ja, dann müsse sie präverbal sein. Nach Lorenz (88) können zwischen zwei unabhängig voneinander veränderlichen Antrieben alle nur denkbaren Wechselwirkungen bestehen, z.B. gegenseitige Förderung oder Hemmung.

Da Aggression wie Resignation des Patienten seiner Mitarbeit in der Therapie kaum förderlich sind, seien wenige Stimmen zur Bedeutung dieser Mitarbeit angeführt.

Balint (62) schreibt dazu: "So gut wie alle Ärzte stimmen darin überein, daß die Haltung des Patienten gegenüber seiner Krankheit für die Therapie von ausschlaggebender Bedeutung ist, und daß der Arzt deshalb die Aufgabe hat, den Patienten zur Mitarbeit zu erziehen."

Gumpert (91) mahnt, daß dann, wenn der gute Wille einmal zerstört sei, er nie mehr zurückgewonnen werden könne.

"Ein sogenanntes suggestives Moment, d.h. daß der Patient an den Arzt und seine Maßnahmen glaubt, gehört freilich zu fast jeder Behandlung, gleichviel, ob die Methoden ursprünglich physisch oder psychisch sind." (Levi, 92.)

Über "Vorkommnisse", die ja Ausdruck von Aggression oder Resignation sein können, und ihre Häufigkeit im psychiatrischen Krankenhaus gab Koester (83) eine Zusammenstellung. Insgesamt

sei ihre Zahl niedrig, unter 1 % der Anzahl der aufgenommenen Patienten. An zweithäufigster Stelle nach Patienten mit Schwachsinnszuständen stehen Patienten aus dem schizophrenen Formenkreis, sehr viel weniger Patienten mit Affektiver Psychose oder Neurose als Verursacher von Zwischenfällen. Obwohl Koester feststellt, daß die "Unberechenbarkeit" der psychischen Kranker kein reiner Mythos sei, sondern vorerst noch Realität, gesteht er zu, daß sie andererseits allerdings ein Phänomen darstelle, das entscheidend von der therapeutischen Atmosphäre mitgeprägt sein dürfte. Er führt als mögliche Folgen von Resignation den Suizid und die Fluchtreaktion an.

Goffman (7) meint, daß "Unbotmäßigkeit" eine wichtige soziale Rolle für die Anstalt spielten. Für manche Patienten würden sie eventuell eine ganz bewußt erkannte und genutzte Gelegenheit dazu darstellen, nicht aus der Anstalt zu müssen.

Jeder Zwischenfall werde normalerweise auf eine Lücke im Überwachungssystem der Klinik geschoben, klagt Basaglia (8) an, da die Wissenschaft der Kranken als "unverständliches" Wesen definiere. Diese Definition sei dem Psychiater ein Hilfsmittel, sich verantwortungsfrei gegenüber dem Kranken zu zeigen. Damit werde das Abnorme des Zwischenfalls zur Norm und akzeptiert. Die Ärzte und das übrige medizinische Personal fühlten sich deshalb nicht mitbeteiligt an der störenden Verhaltensweise des Patienten. Auf Grund der totalen Institution könne der Patient Freiheit nicht anders als in einer Akt der Zerstörung erfahren, er werde geradezu dazu provoziert. Der Zwischenfall bedeute ein Versagen in der Hilfestellung und nicht in der Aufsicht durch die Klinik.

Abschließend dazu ein Faktum aus der erwähnten Analyse der Vorkommnisse in psychiatrischen Kliniken von Koester (83). Bei Männern treten wesentlich häufiger als bei Frauen Entweichungen, Ausbrüche, Angriffshandlungen und Neigung zu Autoag-

gressionen auf.

Zusammenfassend läßt sich im Hinblick auf das Verhalten des Patienten in der psychiatrischen Klinik festhalten, daß es in zunehmendem Maße aus seiner Situation heraus zu verstehen versucht wird und nicht mehr als Symptom seiner Erkrankung. So gesehen, sind die Zwischenfälle die offenkundigste Anklage der Institution im herkömmlichen Sinne und des dort tätigen medizinischen Personals. Ansatz zur Vermeidung von Vorkommnissen muß es sein, die aufgezeigten Ursachen für Frustrationen des Patienten zu beseitigen.

6. P s y c h o s o m a t i k

Da in der vorliegenden Untersuchung die Umsetzung von Frustrationserfahrungen in körperliche Symptome erwogen wird, sollen einige Ergebnisse und Gedanken aus dem Bereich der Psychosomatik angeschlossen sein.

In einer kleineren Abhandlung bringt Wieck (93) ganz klar zum Ausdruck, daß einerseits leibliche Gegebenheiten seelische Abläufe beeinflussen wie umgekehrt seelische Gegebenheiten körperliche Abläufe modifizieren. Eine Veranschaulichung dessen ist die Begleitung von Emotionen durch physiologische Prozesse (Luban-Plozza, 66).

Bjerre (87) betont die unerläßliche Notwendigkeit, sich über die Rückwirkung von psychisch bedingter Spannungen und Unruhe auf die Organe des Menschen klarzuwerden. Diese psychische Situation trage nämlich viel dazu bei, den Heilprozeß zu erschweren - "wenn nicht anders, dann durch eine Störung des Schlafs".

Die Verbindung zwischen Psyche und Soma sieht auch Bleuler (94). Mangelhafte Entspannung dadurch, daß eine Reaktion auf

Affekte unmöglich sei, führe eventuell zu dauernden störenden Schaltungen von körperlichen Vorgängen, z.B. zu Schlaflosigkeit oder Verstopfung.

Jores (61) beschäftigt sich eingehend mit der Psychosomatik. Er kommt dabei auf das Problem der Beziehung zwischen Leib und Seele zu sprechen. Über die Art und Weise ihrer gegenseitigen Zuordnung könne nicht klar Auskunft gegeben werden. Es sei nur möglich, festzustellen, daß psychischer und physischer Vorgang zusammen bestehen und an sich ein "einheitliches Geschehen" bilden. Er stellt einen Katalog psychosomatisch krankhafter Erscheinungen vor, darunter Atemstörungen, Kreuz- und Rückenschmerz, Inappetenz und Störungen der Darmtätigkeit. Die Störungen der Atemfunktion seien Ausdruck für die Störungen des Menschen in seinen Beziehungen zur Welt. Kreuz- und Rückenschmerz sind anscheinend mit Lebenssituationen verbunden, die eine Bedrohung der Sicherheit darstellen und Angst, Aggression und das Gefühl der Feindseligkeit auslösen. "Es ist eine mißglückte und auf halbem Wege steckengebliebene Aktion der Auflennung. Gleichzeitig aber bestehen bei solchen Patienten starke Tendenzen zur Hingabe, die nicht gelebt werden können." Eine allgemeine Tatsache sei, daß sich traurige wie freudige Ereignisse im hemmenden oder fördernden Sinne auf den Appetit auswirkten. "Appetit ist der Ausdruck der Freude an der Teilnahme an dieser Welt." Inappetenz sei die Folge davon, daß die Welt für den betreffenden Menschen ihren Appetenz-, d.h. ihren Anreizcharakter verloren habe. Die Störung sei somit "Ausdruck der mangelnden Teilnahme an dieser Welt". Jores weist schließlich auf den eindeutigen Bezug der Darmtätigkeit und hier vor allem der Entleerungsfunktion zum Emotionalen hin. Ein Hinweis darauf sei die statistisch gesicherte Häufigkeit von Obstipation bei Depressiven, die in einer Haltung schwersten Mißtrauens und des Rückzugs von der Welt leben.

Wie Jores betont auch Mitscherlich (63) die "leib-seelische Gleichzeitigkeit". Nur in unserer westlichen Kultur sei es zur Zwangsvorstellung der Getrenntheit von körperlichen und seelischen Vorgängen gekommen. Um ein beobachtetes, als krankhaft verstandenes Körpersymptom verstehen zu können, sei es notwendig, Kenntnis von den inneren Erlebnissen der betreffenden Person zu gewinnen, von ihren affekterregenden, konfliktschaffenden Problemen. Bewußte wie unbewußte seelische Prozesse hätten ihre Gleichzeitigkeitsentsprechungen im Körper. Das Symptom biete nur eine Notlösung, eine Teillösung im Versuch der Entspannung verdrängter Triebansprüche. Es sei ein "Symbol", eine Mitteilung, die zu dechiffrieren sei. Der Grundvorgang psychosomatischer Symptome sei, daß ein Individuum einen Erlebniskonflikt nicht desomatisiert überwinden könne. Es komme zu einer Resomatisierung, während die primäre Noxe im seelischen Bereich liege. Resomatisierung, die Teil der Regression sein könne, definiert Mitscherlich hierbei als "partiell rückgängigmachen erreichter Affektbewältigung durch Gedankenarbeit, d.h. der Reifungsvorgänge, welche Desomatisierung affektiver Vorgänge mit sich bringen". Wichtig erscheint mir Mitscherlichs Feststellung, daß im Symptom nicht soviel Spannung vermindert werde wie im bewußt erlebten Affekt.

Da ein Klinikaufenthalt gegebenenfalls auch als psychischer Streß interpretiert werden kann, ist interessant, was Levi (92) zum Streß bemerkt. Psychischer Streß kann nach ihm zu körperlichen Symptomen führen. Nach der Theorie von H.G. Wolff komme es bei tatsächlichen wie bei psychischer Gefahren zur gleichen Reaktion. Zu beachten sei, daß wohldosierte Streßeinwirkung unter Berücksichtigung der individuellen Grenzen auch ein positiver Faktor zur Persönlichkeitsförderung sei, und daß psychische- mit körperlichen Beschwerden zeitlich zusammenfallen können, ohne daß eine gegenseitige Beziehung bestehe. Zum Problem der Organwahl bei Umsetzung

psychischer in körperliche Zustände bestehen nach Levi vier Hypothesen. Ursache für die Organwahl sei danach:

- 1, ein spezifischer Temperamentscharakterist.,
- 2, ein spezifischer Persönlichkeitstypus,
- 3, eine spezifische psychische Situation, oder
- 4, eine erblich bedingte Organschwäche.

Levi gebraucht den Begriff "psychische Stressoren" und versteht darunter "symbolische Gefahren", die Drohung einer Gefahr. Dazu gehörten auch Disziplin als Zwang zur Unterordnung unter den Willen anderer, Verantwortung und Freiheit der eigenen Lebensplanung. Aus dem mißglückten Versuch des Organismus, sich einem Streß anzupassen, komme es zu den Adaptationskrankheiten, die gekennzeichnet seien durch eine zu schwache Anpassung, eine überschießende Reaktion oder durch eine völlig unpassende Reaktion.

Hellner (77) definiert Streß als "eine Situation..., die plötzlich und unvermutet auftritt und bei der unserer Natur mehr zugemutet wird, als sie im Augenblick bewältigen kann". Er weist auf das individuelle Körperschema eines jeden Menschen hin, dessen Veränderung das Individuum registriere und gegebenenfalls als subjektives oder objektives Kranksein erfahre.

Das "Schwächegefühl", das "Immer-gleich-müde-werden" spricht Plügge (31) als ganz allgemeines, diffuses Krankheitsgefühl an, aus dem sich für den Kranken keine konstanten Manifestationen und keine charakteristischen Erscheinungen abheben würden. Es sei vielfach die Vorstufe einer eindeutigen Somatisierung seelischer Konflikte. "Affiziertsein im Sinne eines allgemeinen Mißbefindens und Affekt gehören offenbar zusammen." Plügge setzt sich eingenender mit dem Begriff des Befindens auseinander. Das Befinden sei eigentlich immer der Vermittler zwischen Arzt und dem objektiven Krankheitsbefund. Es ermögliche in vielen Grenzfällen erst die Definition eines

pathologischen Sachverhalts. Das Befinden gehöre a priori zum menschlichen Dasein und sei abhängig von der jeweiligen Situation des Individuums. Im Wohlbefinden sei noch nicht die Dissoziation von Ich und Leiblichem vollzogen, dagegen werde der Leib im Mißbefinden erst richtig bewußt und zur Last und zum Überdruß. Gelebter Affekt und erlebtes Mißbefinden stünden oft alternativ zueinander und würden wechseln. Plügge sieht das Befinden als eine "Verfassung des Bewußtseins" an und weist auf seine Dialektik hin, indem man das Befinden den Dingen, der Umwelt, dem Befundenen als Ursache zuschreiben könne wie umgekehrt die Dinge erst durch unser Befinden so oder so befunden werden könnten. Ein Bereich unseres Befindens sei mit unserem Tun verknüpft und damit davon beeinflusbar.

2. Teil: EIGENE UNTERSUCHUNGEN

1. Methode der Materialsammlung und der Auswertung

1.1 Materialsammlung -----

Grundlegendes Material bildeten F r a g e b o g e n . Jeder für die Untersuchung ausgewählte Patient erhielt 3 Wochen nach seinem Klinikeintritt einen solchen in die Hand, verbunden mit einer kurzen Aufklärung über den Zweck der Befragung und der Bitte, den Fragebogen bis zum kommenden Tag als Abholtermin auszufüllen.

A u s w a h l k r i t e r i e n für die F r a g e b o -
g e n v e r g a b e an Patienten

Die Untersuchung wurde eingeschränkt auf Patienten, die folgende Forderungen erfüllten:

1. Aufenthalt in einer der sieben psychiatrischen Stationen der Universitätsnervenklinik München
2. freiwilliger Eintritt in die Klinik
3. mindestens dreiwöchiger Klinikaufenthalt
4. nicht Privatkassenpatient oder Selbstzahler
5. nicht Ausländer
6. nicht Aufnahme als Begutachtungsfall.

B e g r ü n d u n g dieser A u s w a h l k r i t e -
r i e n

zu Forderung 1: Wenn die Untersuchungen aus Gründen der angestrebten Fallzahl schon nicht auf ein Krankheitsbild eingeschränkt wurden, so sollte doch wenigstens ein größerer Rahmen für das Krankengut durch die Psychiatrie abgesteckt sein.

- zu Forderung 2: Es ist zu erwarten, daß zwischen Patienten, die freiwillig in die Klinik eingetreten sind, und solchen, die auf verschiedenste Weise "eingeliefert" wurden, von vorneherein eine unterschiedliche Einstellung zum Klinikaufenthalt besteht. Durch Ausschluß der an zweiter Stelle genannten Patientengruppe sollten Verzerrungen in der Fragenbeantwortung, die sich möglicherweise aus der dargestellten Vermutung ergeben, vermieden werden.
- zu Forderung 3: Eine Patientenbefragung sofort nach Eintritt in die Klinik wäre bei meinem Fragenkatalog sinnlos gewesen. Bei einer Befragung nach mehr als 3 Wochen wäre ein relativ großer Prozentsatz von Patienten, die in der Zwischenzeit entlassen wurden, nicht mehr erfaßt worden.
- zu Forderung 4: Die Annahme eines Einflusses der Kostenfrage auf die Einstellung zum Klinikaufenthalt führte zum Ausschluß von Privatkassenpatienten und Selbstzahlern aus dem zur Befragung vorgesehenen Patientenkollektiv, wiederum zur Vermeidung möglicher Ergebnisverzerrungen.
- zu Forderung 5: Sprachschwierigkeiten und damit Verständnis- und Ausdrucksschwierigkeiten einerseits und mögliche andere Klinikgegebenheiten im jeweiligen Heimatland andererseits begründen die 5. Forderung.
- zu Forderung 6: Die Frage eines freiwilligen Klinikeintritts ist hier nicht eindeutig zu klären, zudem erscheint der Klinikaufenthalt zum Zweck der Begutachtung unter ganz anderem Licht als wenn durch einen solchen Besserung oder Heilung einer Krankheit gesucht werden.

Durchführung der Befragung

a. Fragebogenausgabe

An Hand der Stationsbücher und der Krankengeschichten stellte ich die Patienten fest, die den genannten Kriterien genügten. Aus Zeitgründen ließ sich die Form der Fragebogenausgabe nicht ganz einheitlich gestalten. Eine Diskussion dieses Sachverhalts folgt in den Abschnitten 3 und 4 des 2. Teils der Arbeit. Hier seien nur die drei Arten der Bogenausgabe genannt, die sich schließlich in der Praxis ergaben:

- 1, persönliches Antreffen des Patienten, persönliche Aufklärung und Bogenübergabe;

Bei Abwesenheit des Patienten, zur Zeit der Fragebogenausgabe:

- 2, Hinterlegung des Fragebogens auf dem Bett oder Nachttisch des Patienten mit entsprechender Information der anwesenden Mitpatienten oder des Pflegepersonals
- 3, Fragebogenübergabe an das Pflegepersonal mit entsprechender Information und Bitte um Weitergabe an den Patienten.

Erkenntnisse der jüngsten Forschungen auf dem Gebiet der psychologischen Diagnostik und hier vor allem über den Testleistungseinfluß veranlaßten mich, sowohl bei Fragebogenausgabe wie beim Abholen der Fragebogen nur im weißen Arztkittel auf den Stationen zu erscheinen. Zweck dieses Verhaltens war, einen möglichst einheitlichen Eindruck bei allen Patienten hervorzurufen und durch das erwiesene Autoritätsgewicht eines Arztkittels möglichst große Ernsthaftigkeit beim Ausfüllen der Fragebogen zu erreichen.

b. Fragebogenrückgabe

Von mir war dafür der auf die Fragebogenausgabe folgende Tag vorgesehen, und zwar eine Rückgabe persönlich an mich. In der

Praxis bildeten sich jedoch, ähnlich wie bei der Fragebogen-
ausgabe, mehrere Weisen der Rückgabe aus, bestimmt durch das
Verhalten der Patienten. Sie sind im folgenden angeführt,
eine Diskussion dieser Erscheinung geschieht in den Abschnit-
ten 3 und 4 des 2. Teils der Arbeit:

1. Rückgabe persönlich an mich beim 1. Abholtermin
2. Rückgabe nicht persönlich an mich beim 1. Abholtermin
3. Rückgabe frühestens beim 2. Abholtermin, wobei mindestens
bei einer Rückgabeanfrage der Fragebogen nicht ausgefüllt
war.
4. Rückgabe frühestens beim 2. Abholtermin, wobei bei den
vorangegangenen Abholterminen der Patient nicht angetrof-
fen wurde, und der ausgefüllte Fragebogen nicht für mich
hinterlegt wurde.
5. Ausfüllen des Fragebogens mit meiner Assistenz am Tag der
Fragebogensausgabe oder beim 1. Abholtermin.

(Erläuterung:

1. Abholtermin = 1. Tag nach Fragebogensausgabe,
2. " = 2. " " " " , usw.)

Schwierigkeiten bei der Material- samm l u n g

Eine Einschränkung der zahlenmäßigen Größe des Patientenkol-
lektivs, das für die Befragung geeignet war, ergab sich aus
folgendem:

1. In einigen Fällen konnte ich die Krankengeschichte von Pa-
tienten, die sich in der Klinik aufhielten, nicht finden.
Eine Prüfung der betreffenden Patienten nach den genannten
Auswahlkriterien konnte nicht vorgenommen werden, und da-
mit schieden diese Patienten als mögliche Befragungskandi-
daten aus.

2. In manchen Fällen waren aus den Angaben der Krankengeschichten die genauen Aufnahmeumstände und damit, ob ein freiwilliger Klinikeintritt vorliegt, nicht zu ersehen. Dies mußte den Ausschluß der betreffenden Patienten von der Befragung zur Folge haben.
3. Bei Ausgabe der Fragebogen erwies sich verschiedentlich ein Patient auf Grund seines körperlichen oder geistigen Zustandes einer Beantwortung der Fragen nicht für fähig. In solchen extrem liegenden Fällen sah ich von vorneherein von einer Bitte um Beantwortung der Fragen ab.

Bei der Fragebogenausgabe konnte ich teilweise die für die Befragung vorgesehenen Patienten nicht antreffen, da diese z.B. Ausgang hatten, in der Abteilung für Beschäftigungstherapie weilten u.ä.. Nicht immer konnte ich das Eintreffen der Patienten auf ihren Stationen abwarten, da ich sozusagen als Klinikexterner meine Untersuchung durchführte und nur zu bestimmten Zeiten im Hause weilte. Aus diesem Grund kam es zu den erwähnten verschiedenen Arten der Fragebogenausgabe.

Zunächst nicht vorgesehen war der Umstand, daß Patienten mit meiner Assistenz den Fragebogen beantworten. Die Bitte der Patienten, ihre Antworten niederzuschreiben, lehnte ich deshalb nicht ab, weil die Ansichten dieser vorwiegend älteren Patienten in der Untersuchung nicht fehlen sollten. In den Abschnitten 3 und 4 des 2. Teils der Arbeit wird dieser Sachverhalt nochmals aufgegriffen werden.

1.2 Methode der Auswertung

Zur Übertragung des gesammelten Materials auf Lochkarten mußte dieses erst in Ziffern verschlüsselt werden. Eine genaue Beschreibung des Materials folgt in Abschnitt 2 des 2. Teils der Arbeit.

Nach Stanzung der Lochkarten entsprechend der festgelegten Ablochschlüssel konnten die Karten leicht gemäß der verschiedenen Fragestellungen maschinell sortiert werden. Damit wurde die quantitative Verteilung aller erhobenen Ablochdaten und quantitative Beziehungen innerhalb dieser herausgefunden und in Tabellen festgehalten.

In einem nächsten Schritt wurden interessierende Beziehungen verschiedener qualitativer Merkmale auf ihre statistische Aussagekraft hin untersucht. Wiederum maschinell wurde an dem Material der chi-quadrat-Test (χ^2 -Test) durchgeführt, mit der 4-Felder-Tafel, der $2 \times k$ -, $3 \times k$ - und $4 \times k$ -Tafel. Bei Bewertung gefundener Korrelationen wurde folgender Maßstab angelegt:

- 1, als statistisch signifikante Korrelation gilt eine Beziehung mit einer Irrtumswahrscheinlichkeit, die kleiner als 1 % ist ($P < 0,01$).
- 2, als statistisch auffällige Korrelation gilt eine Beziehung, bei der die Irrtumswahrscheinlichkeit zwischen 1 % und 5 % liegt ($0,01 \leq P < 0,05$).
- 3, als statistisch unauffällige Korrelation (d.h. keine Beziehung zwischen verschiedenen qualitativen Merkmalen) gelten alle Beziehungen, deren Irrtumswahrscheinlichkeit größer als 5 % ist ($P \geq 0,05$).

Die gefundenen Ergebnisse werden in Abschnitt 4 des 2. Teils der Arbeit mit den der Arbeit zugrundeliegenden Vermutungen konfrontiert und im Hinblick auf ihre Bedeutung im ärztlichen Klinikalltag untersucht.

2. Beschreibung des der Arbeit zugrundeliegenden Materials

Grundlage meiner Untersuchungen waren im wesentlichen drei Dokumente:

1. Fragebogen
2. Krankengeschichten
3. Lochkarten.

2.1 Fragebogen

Der abgedruckte Fragebogen ist das Ergebnis zweier vorangegangener Patientenbefragungen an insgesamt 10 Patienten mit zwei Arten von Probefragebogen.

Die Fragebogen wurden fortlaufend entsprechend der Ausgabe nummeriert mit Ziffern ab 101. Der Zählbeginn mit 101 sollte die ersten für die Befragung ausgesuchten Patienten vor einer Irritierung durch die Vorstellung, die ersten Befragten zu sein, bewahren, und dadurch eine mögliche Ergebnisbeeinflussung verhindern.

Neben der Fragebogennummer, die der Patientenummer in meinen Untersuchungsunterlagen entspricht, wurde das Ausgabedatum auf dem Fragebogen notiert.

Gliederung des Fragebogens

Drei Fragenkreise sind festzustellen:

Fragengruppe A soll Aufschluß darüber geben, wie es um die konkreten Zeitvorstellungen des Patienten hinsichtlich seiner Verweildauer in der Klinik steht (A 1, A 2). Zusatzfrage A 3 versucht, eine Wertung des Klinikaufenthalts durch den Patienten zu gewinnen.

FRAGEBOGEN Nr.

DATUM:

Hinweise zur Beantwortung der Fragen:

1. Wenn "ja" und "nein" vorgegeben sind, bitte Zutreffendes unterstreichen!
2. Wenn keine Antwort vorgegeben ist, bitte die von Ihnen selbst gebildete, auf Ihren Fall zutreffende Antwort in den freien Raum bei der zugehörigen Frage eintragen!
3. Bitte die Zusatzfragen nicht übersehen!

A. 1. Für wie lange haben Sie zu Ihrem Eintritt in diese Klinik die Dauer Ihres Aufenthalts bemessen?

A. 2. Hat sich während Ihres Klinikaufenthalts die Vorstellung über Ihre Aufenthaltsdauer geändert.

ja nein

Wenn mit "ja" beantwortet; Warum?

Wenn mit "ja" beantwortet:

Wie lange stellen Sie sich jetzt oder haben Sie sich vor einer ärztlichen Auskunft Ihren Klinikaufenthalt vorgestellt?

A. 3. Werden Sie Ihrer Meinung nach in der Klinik behalten, obwohl Sie sich gebessert oder entlassungsreif fühlen?

ja nein

B. 1. Wann nach Ihrem Klinikeintritt haben Sie den Arzt zum 1. Mal nach dem Termin Ihrer Entlassung gefragt?

(Bei undeutlicher Erinnerung bitte wenigstens eine ungefähre Angabe machen!)

B. 2. Unterdrückten Sie die Frage nach dem Entlassungstermin?

ja nein

Wenn mit "ja" beantwortet: Warum?

B. 3. Soll der Arzt Ihrer Meinung nach unaufgefordert den Entlassungstermin mitteilen und sich an dessen Einhaltung binden?

ja nein

- B. 4. Hat Ihnen der Arzt schon Ihren voraussichtlichen Entlassungstermin genannt?

ja nein

Wenn mit "ja" beantwortet:

Wann erhielten Sie diese Auskunft?

(Bitte wenigstens eine ungefähre Angabe machen!)

- C. 1. Waren Sie beunruhigt darüber, daß der Arzt gar nichts von sich aus über Ihren Entlassungstermin mitteilte oder die Auskunft auf Ihre Frage nach dem Entlassungstermin verweigerte oder hinauszögerte?

ja nein

Bitte eine kurze Begründung für Ihre Antwort geben!

(auch wenn vorher mit "nein" beantwortet)

- C. 2. Entstanden in Ihnen oder wurden in Ihnen durch die Ungewißheit über Ihre Aufenthaltsdauer folgende Gefühle verstärkt:

- a. Gleichgültigkeit, Niedergeschlagenheit, Mutlosigkeit, Lebensüberdruß oder ähnliche Gefühle

ja nein

- b. Abneigung, Widerwillen, Aufsässigkeit, Angriffslust oder ähnliche Gefühle

gegen den Arzt ja nein

gegen Ihre Umgebung (z.B. Pflegepersonal, Mitpatienten)

ja nein

gegen Sie selbst ja nein

Wenn mit "ja" beantwortet:

Äußerten sich diese Gefühle in Handlungen (z.B. Fluchtversuch, Selbstmordgedanken, Belästigung des Arztes)?

ja nein

Wenn mit "ja" beantwortet:

In welchen Handlungen?

- C. 3. Stellten Sie nach der Auskunftsverweigerung Veränderungen in Ihrem körperlichen Befinden fest (z.B. Veränderungen des Appetits, Schwäche)?

ja

nein

Wenn mit "ja" beantwortet: Welche?

- C. 4. Wenn Frage C. 2. und/oder C. 3. mit "ja" beantwortet:

Vergingen die von Ihnen in den beiden vorhergehenden Fragen genannten Veränderungen in Ihrem Befinden wieder, bevor Sie vom Arzt Ihren voraussichtlichen Entlassungstermin genannt bekommen haben?

ja

nein

- C. 5. Zweifelten Sie nach der Auskunftsverweigerung am Wert der Klinikbehandlung?

ja

nein

Fragengruppe B soll einen Einblick in die Beziehung Patient-Arzt unter dem Vorzeichen "Verweildauer in der Klinik" gewähren.

Fragengruppe C schließlich sucht stärker als Fragengruppe A und B das subjektive Erleben und Meinen des Patienten anzusprechen, und zwar des Patienten, der noch im Unklaren über seine Verweildauer in der Klinik lebt.

Haupt- und Zusatzfragen zusammengekommen umfaßt der Fragebogen 23 Einzelfragen, davon

Gruppe A: 5 Fragen (3 Hauptfragen)

" B: 6 " (4 ")

" C: 12 " (5 ")

Die Anzahl der Hauptfragen spiegelt in etwa das Gewicht der verschiedenen Fragenkreise innerhalb der Untersuchung wider.

Der Wortlaut der Einzelfragen ist aus dem beigefügten Fragebogenabdruck zu ersehen.

2.2 Krankengeschichten

Im folgenden handelt es sich um die Krankengeschichten der sieben psychiatrischen Abteilungen der Universitätsnervenklinik München. Durchgesehen wurden die Krankengeschichten der Patienten, die sich während des Untersuchungszeitraumes in der Klinik aufhielten.

Zweierlei machte die Durchsicht nötig:

1. An Hand der Auswahlkriterien (siehe S. 63 ff.) mußte ich die Daten in den Krankengeschichten befragen, welche der sich in der Untersuchungszeit in der Klinik aufhaltenden Patienten als Fragebogenadressat geeignet waren.
2. Bei den Patienten, die den Auswahlkriterien genügten, wurden bestimmte Daten aus den Krankengeschichten für die Auswertung der Untersuchung notiert und auf Lochkarten übertragen.

2.3 Lochkarten

Auf ihnen wurde die Information, die mittels der Krankengeschichten und der Fragebogen gesammelt worden war, in verschlüsselter Form gespeichert.

In einem *a l l g e m e i n e n* *T e i l* auf den Karten wurden die Erhebungsdaten aus den Krankengeschichten festgehalten.

In einem *s p e z i e l l e n* *T e i l* unterscheiden sich die Karten je nachdem, ob ein um die Fragenbeantwortung gebeter Patient der Bitte gefolgt ist (im folgenden 'Response-Patient' genannt) oder sie abgeschlagen hat (im folgenden 'Non-Response-Patient' genannt).

2.3.1 Beschreibung des *a l l g e m e i n e n* *T e i l s* der *L o c h k a r t e n*

In verschlüsselter Form sind hier festgehalten:

Patientennummer

Alter (in Jahren)

Stand

Gesamtverweildauer (in Tagen) während des Klinikaufenthalts,
in den die Befragung gefallen ist

Angabe des wievielten Aufenthalts in der Universitätsnervenklinik München

Beruf

Berufliche (Un-)Selbständigkeit

Vorbildung

Geschlecht

Diagnose

U n t e r g l i e d e r u n g d e r v o r g e s t e l l t e n D a t e n
mit zahlenmäßig absoluter und prozentualer Häufigkeitsverteilung: siehe T a b e l l e 1

(Die Glieder jeder Gruppe ergaben, mit einer bestimmten Ziffer versehen, die Ablochschlüssel für die Informationsübertragung auf die Lochkarten.)

Tab. 1: Informationsgruppe des allereinen Teils der Lochkarte

Zählung der Informationsgruppe	Bezeichnung der Informationsgruppe	Antwortmodi	Antworthäufigkeit (198 gesamt)	Antworthäufigkeit (198 gesamt)
1	Stand	ledig verheiratet verwitwet verschieden keine Angabe	63 20 9 18 2	112
		Summe	198	198
2	gesamtweltlich-dauer (x 1)	21-30 Tage (bis 1 Monat) 31-45 Tage (1-1,5 Monate) 46-60 Tage (1,5-2 Monate) 61-90 Tage (2-3 Monate) > 90 Tage (mehr als 3 Monate)	35 51 37 22 22	167
		Summe	198	198

Tab. 1: Informationsgruppen des allgemeinen Teils der Lochkarten (Fortsetzung)

Zählung der Informationsgruppe	Bezeichnung der Informationsgruppe	Antwortmodi	Antworthäufigkeit (198 gesamt)	Antworthäufigkeit (198 = 100 %)
3	Häufigkeit des Klinikaufenthalts	1. Aufenthalt 2. " 3.-5. " 6. und häufigerer Aufenthalt keine Angabe	121 41 25 10 1	61 21 12 5 1
		Summe	198	100
4	Beruf (x 2)	Pflanzenbauer, Tierzüchter, Fischereiberufe Fertigungsberufe Technische Berufe Dienstleistungsberufe sonstige Arbeitskräfte	2 26 6 67 3	1 13 3 34 1
	(x 3)			

Tab. 1: Informationsgruppen des allgemeinen Teils der Lochkarten (Fortsetzung)

Zählung der Informationsgruppe	Bezeichnung der Informationsgruppe	Antwortmodi	Antworthäufigkeit (198 Gesamt)	Antwortverfügbarkeit in % (198 = 100 %)
		in theoretischer Ausbildung	15	7
		Hausfrau	53	27
		Pentner	19	10
		ohne Beruf	6	3
		keine Angabe	1	1
		Summe	108	100
	berufliche (Un-) Selbständigkeit	selbständig	2	1
		vermutlich selbständig	6	3
		unselbständig	95	88
		vermutlich unselbständig	12	6
		nicht erkennbar	4	2
		keine Angabe (da Hausfrau, Pentner usw.)	79	40
		Summe	108	100

Tab. 1: Informationsgruppen des allgemeinen Teils der Lochkarten (Fortsetzung)

Zählung der Informationsgruppe	Bezeichnung der Informationsgruppe	Antwortmodi	Antworthäufigkeit (198 gesamt)	Antworthäufigkeit in % (198 = 100 %)
6	Vorbildung	Volks-, Berufsschule mittlere Reife oder nicht-akademische, berufsspezifische Ausbildung akademische Ausbildung nicht erkennbar (aus Berufsangabe) keine Berufsangabe	67 39 13 78 1	34 20 6 39 1
		Summe	198	100
7	Geschlecht	männlich weiblich	89 109	45 55
		Summe	198	100

Tab. 1: Informationsgruppen des allgemeiner Teils der Lochkarten (Fortsetzung)

Zählung der Informationsgruppe	Bezeichnung der Informationsgruppe	Antwortmodi	Antworthäufigkeit (198 gesamt)	Antwortfähigkeit in % (198 = 100 %)
	Diagnose (x 4)	293./Psychosen bei anderen organischen Hirnstörungen 294. Schizophrenie 296. Affektive Psychosen 297. Paranoide Syndrome 300./Neurosen weitere Gruppen keine Diagnose	6 49 60 12 35 32 4	3 25 30 6 18 16 2
		Summe	198	100

Tab. 1: Informationsgruppen des allgemeinen Teils der Lochkarten (Fortsetzung)

Zählung der Informationsgruppen	Bezeichnung der Informationsgruppen	Antwortmodi	Antworthäufigkeit (198 gesamt)	Antworthaftigkeit in % (198 = 100)
9	Alter	10-19 Jahre	15	7
		20-29 "	45	23
		30-39 "	40	20
		40-49 "	39	20
		50-59 "	31	16
		60-69 "	23	12
		70 Jahre und älter	5	2
		Summe	198	100

Fußnoten zu Tab. 1:

-
- (x 1): Es ist zu ergänzen, daß bei Abschluß der Erhebungen am 10.5.1972 noch 8 der in die Untersuchung einbezogenen Patienten in der Klinik weilten. Bei ihnen wurde die Verweildauer bis zu diesem Stichtag berechnet. Eine Verfälschung der Untersuchungen ergibt sich aus dieser Tatsache nicht, da die Verweildauer am Stichtag in allen Fällen schon mehr als 90 Tage betrug.
- (x 2): Bei der Untergliederung der Berufe hielt ich mich an die Berufsbereiche, wie sie vom Statistischen Bundesamt in Wiesbaden festgelegt sind (96). Im untersuchten Patientenkollektiv waren nur vier aller dort angeführten Berufsbereiche vertreten.
- (x 3): Die unter der gestrichelten Linie genannten Glieder stellen meine Ergänzung der Gruppe "Beruf" im Hinblick auf das Untersuchungsziel dar.
- (x ..): Es wurde der Diagnoseschlüssel ICD, die internationale Klassifikation der Krankheiten durch die WHO benutzt, die in der Universitätsnervenklinik München allgemein als Klassifizierungsmaßstab gilt (97). Bei Angabe mehrerer Diagnosen wurde nur die aktuelle, den Klinikaufenthalt verursachende Diagnose berücksichtigt.

2.3.2 Beschreibung des speziellen Teils der Lochkarten

2.3.2.1 Spezieller Teil bei den Response - Patienten

Er umfaßt bei diesem Patientenkollektiv 25 Informationsgruppen mit folgenden Inhalten:

Umstände der Fragebogenausgabe

Umstände der Fragebogenrückgabe

Patientenäußerung auf jede der 23 Fragen des Fragebogens

Untergliederung der 25 Informationsgruppen mit zahlenmäßig absoluter und prozentualer Häufigkeitsverteilung: siehe Tabelle 2

(Die Glieder jeder Gruppe ergaben mit einer bestimmten Ziffer versehen die Abloeschlüssel für die Informationsübertragung auf die Lochkarten.)

... : ... bei spezieller Teil der Lockkarten bei den Response-Patienten

Inhalt	Antwortmodi je Gruppe	Antworthäufigkeit	
		absolut (103 Gesamt)	in % (163 = 100 %)
Umstand der Fragebogen- ausgabe	Patient zur Fragebogen (= Fr.)-beantwortung sofort bereit ohne Zeichen von Abwehr, Unsi- cherheit u.ä.	82	50
	Fr. dem Patienten nicht persönlich überreicht	42	26
	Bereitwilligkeit des Patienten zur Fr.-bogen- beantwortung eingeschränkt	38	23
	keine Angabe	1	1
	Summe	163	100

Tab. 1: Informationsgruppe: des speziellen Teils der Lokarten bei den Response-Patienten
(Fortsetzung)

Informationsgruppen			Antworthäufigkeit	
Zählung	Inhalt	Antwortmodi je Gruppe	absolut (163 gesamt)	in % (163 = 100 %)
1	Umstand der Fr.-rückgabe	Fr.-rückgabe durch den Patienten nicht persönlich an mich beim 1. Abholtermin	44	27
		Fr.-rückgabe durch den Patienten persönlich an mich beim 1. Abholtermin	77	48
		Fr. mit meiner Assistenz ausgefüllt, am Abholtermin	17	10
		Fr.-rückgabe frühestens beim 2. Abholtermin, wobei Fr. mindestens beim 1. Abholtermin noch nicht ausgefüllt war	17	10
		Fr.-rückgabe frühestens beim 2. Abholtermin, da der Patient bei den vorangegangenen Abholterminen nicht anzutreffen war, und der Fr. nicht für mich hinterlegt war	6	4
		keine Angabe	2	1
		Summe	163	100

(x 1)

Tab. 2: Informationsgruppen des speziellen Teils der Lochkarten bei den Response-Patienten
(Fortsetzung)

zu Seite 73/3

Informationsgruppen				Antworthäufigkeit	
Zählung	Fr.- Nr.	Inhalt	Antwortmodi je Gruppe	absolut (163 ge- samt)	in % (163 = 100 %)
3	A 1	Vorstellung des Patien- ten bei Klinikein- tritt über die Länge des bevor- stehenden Klinikauf- enthalts	konkrete Zeitangabe (in Tagen) keine genaue Vorstellung 1 bis wenige Tage (nur zur Untersuchung) Vorstellung gemäß der Vermutung des ein- weisenden Arztes keine Angabe	117 28 3 4 11	72 17 2 2 7
			Summe	163	100

Tab. 2: Informationsgruppen des speziellen Teils der Lochkarten bei den Response-Patienten
(Fortsetzung)

Informationsgruppen				Antworthäufigkeit	
Zählung	Fr.- Nr.	Inhalt	Antwortmodi je Gruppe	absolut (163 Ge- samt)	in % (163 = 100 %)
4	A 2,1	Änderung der Vorstellung des Patien- ten über sei- ne Verweil- dauer im Lau- fe des Klinik- aufenthalts	ja nein andere Angabe keine Angabe	75 77 2 9	46 47 1 6
			Summe	163	100

Tab. 2: Informationsgruppen des speziellen Teils der Lochkarten bei den Response-Patienten
(Fortsetzung)

Zählung	Informationsgruppen			Antworthäufigkeit	
	Fr.- Nr.	Inhalt	Antwortmodi je Gruppe	absolut (163 ge- samt)	in % (163 = 100 %)
5	A 2,2	Grund für die Ände- rung der Vorstel- lung des Pat. über seine Ver- weildauer (x 2)	keine Angabe	12	7
			unzutreffend	79	48
			Besprechung mit dem Arzt	7	4
			Besserung, Gefühl des Gesundheitsseins	12	7
			keine oder nicht ausreichende Besserung, Verschlechterung, Rückfall	23	14
			Krankheit als schwerer wie anfangs ver- mutet erkannt	6	4
			Auswirkung der Medikamente	4	3
			Auswirkung der Untersuchungen	6	4
			vorgestellte Zeit (fast) schon verstrichen	3	2
			andere Einzelgründe	11	7
			Summe	163	100

Tab. 2: Informationsgruppen des speziellen Teils der Lochkarten bei den Response-Patienten
(Fortsetzung)

Informationsgruppen				Antworthäufigkeit	
Zählung	Fr.- Nr.	Inhalt	Antwortmodi je Gruppe	absolut (163 ge- samt)	in % (163 = 100 %)
6	A 2,3	neue, abge- änderte Vorstellung des Pat. über seine Verweil- dauer	keine Angabe unzutreffend konkrete Zeittangabe (Gesamtaufenthalts- dauer in Tagen) unbestimmte Zeit (u.a. nach Gutdünken des Arztes) andere Angaben	11 67 61 15 9	7 41 37 9 6
			Summe	163	100

Tab. 2: Informationsgruppe des speziellen Teils der Lochkarten bei den Response-Patienten
(Fortsetzung)

Informationsgruppen					Antwortn�ufigkeit	
Zählung	Fr.- Nr.	Inhalt	Antwortmodi je Gruppe	absolut (163 ge- samt)	in % (163 = 100 %)	
7	A 3	Eindruck des Pat. von unn�- tig langem Klinikauf- enthalt	keine Angabe ja nein andere Angaben	2 33 122 6	1 20 75 4	
			Summe	163	100	

zu Seite 73/8

Tab. 2: Informationsgruppen des speziellen Teils der Lochkarten bei den Response-Patienten.
(Fortsetzung)

Informationsgruppen				Antwortnützlichkeit	
Zählung	Fr.- Nr.	Inhalt	Antwortmodi je Gruppe	absolut (163 ge- samt)	in % (163 = 100 %)
6	B 1	Zeitpunkt, an dem der Pat. zum 1. Mal nach dem Entlas- sungstermin fragte	keine Angabe konkrete Zeitangabe ungefähre Zeitangabe (1., 2., 3. Woche) (noch) nicht gefragt Arzt sprach ungefragt andere Angaben	13 67 15 53 5 10	8 42 9 32 3 6
			Summe	163	100

zu Seite 73/9
 Tab. 2: Informationsgruppen des speziellen Teils der Lochkarten bei den Response-Patienten
 (Fortsetzung)

Informationsgruppen				Antworthäufigkeit	
Zählung	Fr.- Nr.	Inhalt	Antwortmodi je Gruppe	absolut (163 ge- samt)	in % (163 = 100 %)
9	B 2,1	Unterdrück- te der Pat. die Frage nach dem Entlas- sungster- min?	keine Angaben ja nein andere Angaben	3 32 122 6	2 19 75 4
			Summe	163	100

Tab. 2: Informationsgruppen des speziellen Teils der Lochkarten bei den Response-Patienten
(Fortsetzung)

Informationsgruppen					Antworthäufigkeit	
Zählung	Fr.- Nr.	Inhalt	Antwortmodi je Gruppe		absolut (163 ge- samt)	in % (163 = 100 %)
10	B 2,2	Grund für die Unter- drückung der Frage nach dem Entlas- sungstermin	keine Angabe nicht zutreffend noch nicht entlassungsreif Angst, Befürchtungen Arzt soll (frei) selbst über den Entlas- sungstermin entscheiden, ohne bedrängt zu sein andere Angaben		6 118 11 3 5 20	4 72 7 2 3 12
			Summe		163	100

zu Seite 73/11
 Tab. 2: Informationsgruppen des speziellen Teils der Lochkarten bei den Response-Patienten
 (Fortsetzung)

Informationsgruppen					Antworthäufigkeit	
Zählung	Fr.- Nr.	Inhalt	Antwortmodi je Gruppe		absolut (163 ge- samt)	in % (163 = 100 %)
11	B 3	Meinung des Pat., ob der Arzt unauf- gefordert den Entlas- sungstermin mitteilen u. sich daran halten soll	keine Angabe ja nein Mitteilung ja, Bindung nein andere Angaben		3 79 69 4 8	2 49 42 2 5
			Summe		163	100
12	B 4,1	Kenntnis des Pat. über seinen vor- aussichtli- chen Ent- lassungs- termin	keine Angabe ja nein keine genaue Auskunft vom Arzt erhalten		2 54 102 5	1 33 63 3
			Summe		163	100

Tab. 2: Informationsgruppen des speziellen Teils der Lochkarten bei den Response-Patienten
(Fortsetzung)

Informationsgruppen				Antworthäufigkeit	
Zählung	Fr.- Nr.	Inhalt	Antwortmodi je Gruppe	absolut (163 ge- samt)	in % (163 = 100 %)
13	B 4,2	Zeitpunkt, wann der Pat. Aus- kunft über seinen voraus- sichtlichen Entlassungs- termin erhal- ten hat	keine Angabe nicht zutreffend konkrete Zeitangabe ungefähr 7 Tage nach Eintritt ungefähr 14 Tage nach Eintritt andere Angaben	7 101 45 1 4 5	4 62 28 1 2 3
			Summe	163	100
14	C 1,1	Beunruhigung des Pat. we- gen Unklar- heit über den Entlassungs- termin	keine Angabe ja nein andere Angaben	9 33 115 6	6 20 70 4
			Summe	163	100

Tab. 2: Informationsgruppen des speziellen Teils der Lochkarten bei den Response-Patienten
(Fortsetzung)

Informationsgruppen				Antworthäufigkeit	
Zählung	Fr.- Nr.	Inhalt	Antwortmodi je Gruppe	absolut (163 ge- samt)	in % (163 = 100 %)
15	C 1,2	Grund für (Nicht-)Beun- ruhigung des Pat. wegen Unklarheit über den Ent- lassungster- min	keine Angabe Grund in der eigenen Beurteilung der Krankheit u. der Maßnahmen um sie Grund im Vertrauen zum Arzt negative Einstellung zur Klinik u. zum Klinikaufenthalt eigene oder indirekt mittels des Arztes gebildete Vorstellung über den Entlassungstermin hinnehmende bis positive Einstellung zum Klinikaufenthalt andere Angaben	42 24 32 13 8 20 24	26 15 19 8 5 12 15
			Summe	163	100

Tab. 2: Informationsgruppen des speziellen Teils der Lochkarten bei den Response-Patienten
(Fortsetzung)

Informationsgruppen			Antworthäufigkeit		
Zählung	Fr.- Nr.	Inhalt	Antwortmodi je Gruppe	absolut (163 ge- samt)	in % (163 = 100 %)
16	§ 2,1	Bezieht der Pat. subjektiv bei sich festgestellte Gefühlsveränderungen auf die Ungewißheit über den Entlassungsstermin?			
	a,	Gefühle der Resignation	keine Angabe	7	4
			ja	53	33
			nein	99	61
			andere Angaben	4	2
			Summe	163	100

Tab. 2: Informationsgruppen des speziellen Teils der Lochkarten bei den Response-Patienten
(Fortsetzung)

Zählung	Informationsgruppen			Antworthäufigkeit	
	Fr.- Nr.	Inhalt	Antwortmodi je Gruppe	absolut (163 ge- samt)	in % (163 = 100 %)
17	C 2,1 b,	Gefühle der Ag- gression gegen den Arzt	keine Angabe ja nein andere Angaben	17 6 139 1	10 4 85 1
			Summe	163	100
18	"	gegen die Umge- bung	keine Angabe ja nein andere Angaben	22 14 123 4	14 9 75 2
			Summe	163	100

Tab. 2: Informationsgruppen des speziellen Teils der Lochkarten bei den Response-Patienten
(Fortsetzung)

Informationsgruppen				Antworthäufigkeit	
Zählung	Fr.- Nr.	Inhalt	Antwortmodi je Gruppe	absolut (163 ge- samt)	in % (163 = 100 %)
19	C 2,1 b,	gegen sich selbst	keine Angabe ja nein andere Angaben	15 22 123 3	9 14 75 2
			Summe	163	100
20	C 2,2	Äußerung genann- ter Gefühle in Handlungen	keine Angabe ja nein nicht zutreffend andere Angaben	19 13 92 36 3	12 8 56 2 22
			Summe	163	100

Tab. 2: Informationsgruppen des speziellen Teils der Lochkarten bei den Response-Patienten
(Fortsetzung)

Informationsgruppe				Antworthäufigkeit	
Zählung	Fr.- Nr.	Inhalt	Antwortmodi je Gruppe	absolut (163 gesamt)	in % (163 = 100 %)
21	C 2,3	Art der Handlung	keine Angabe Handlungen genannt andere Angaben nicht zutreffend	20 14 6 123	12 9 4 75
			Summe	163	100
22	C 3,1	subjektiv vom Pat. festgestellte körperliche Befin- densänderung nach Auskunftsverwei- gerung	keine Angabe Ja nein andere Angaben nicht zutreffend	14 21 104 3 21	8 13 64 2 13
			Summe	163	100

Tab. 2: Informationsgruppen des speziellen Teils der Lochkarten bei den Response-Patienten
(Fortsetzung)

Informationsgruppen				Antworthäufigkeit	
Zählung	Fr.- Nr.	Inhalt	Antwortmodi je Gruppe	absolut (163 ge- samt)	in % (163 = 100 %)
23	C 3, 2	Art der körperli- chen Befindens- änderung	keine Angabe nicht zutreffend körperliche Befindensänderung genannt andere Angaben	17 123 17 6	10 76 10 4
			Summe	163	100
24	C 4	Vergingen die ge- nannten Gefühls- oder Körpersymp- tome vor einer Auskunft über die Verweildauer durch den Arzt?	keine Angabe ja nein nicht zutreffend andere Angaben	40 14 45 55 9	25 8 27 34 6
			Summe	163	100

Tab. 2: Informationsgruppen des speziellen Teils der Lochkarten bei den Response-Patienten
(Fortsetzung)

Informationsgruppen				Antworthäufigkeit	
Zählung	Fr.- Nr.	Inhalt	Antwortmodi je Gruppe	absolut (163 ge- samt)	in % (163 = 100 %)
25	C 5	Zweifelt der Pat. am Wert der Kli- nikbehandlung nach Auskunfts- verweigerung?	keine Angabe nicht zutreffend ja nein andere Angaben	12 26 8 110 7	7 16 5 68 4
			Summe	163	100

Fußnoten zu Tab. 2:

- (x 1): In den folgenden Punkten 3 mit 25 sind die verschiedenen Antwortarten der Patienten auf die Fragen des Fragebogens angeführt, wie sie bei der Auswertung der Untersuchung berücksichtigt wurden.
- (x 2): zusammengefaßt als "Änderung im gesundheitlichen Befinden": 41 Pat. = 25 %
- (x 3): zusammengefaßt als "Folge diagnostischer und therapeutischer Maßnahmen": 13 Pat. = 8 %

3.3.3.3 Spezieller Teil bei den Non-Response-Patienten

Es enthält lediglich eine Informationsgruppe, nämlich die "Begründung für die Ablehnung der Fragebogenbeantwortung".

Tab. 3: Informationsgruppe des speziellen Teils der Lochkarten bei den Non-Response-Patienten

Informationsgruppe		Antworthäufigkeit	
Inhalt	Antwortmodi	absolut (35 ge- samt)	in % (35 = 100 %)
Begründung für die Ablehnung der Fragebogen- beantwortung	keine Angabe	0	26
	kein Grund	8	23
	objektive Gründe	5	14
	subjektive Gründe	12	34
	objektive und subjektive Gründe	1	3
	Summe	35	100

(Die Antwortmodi mit Ziffern versehen ergaben wie bei den vorhergenannten Informationsgruppen wiederum den Ablochlüssel.)

Erläuterung:

Als objektive Gründe galten

allgemeine schlechte körperliche und oder geistige Verfassung,

Schreibunfähigkeit (Händetremor),

starke Erregung durch den Fragebogen,

Sprachschwierigkeiten.

Als subjektive Gründe galten Überdruß an Fragebogenbeantwortungen, verschieden begründetes Unvermögen zum Fragebogenausfüllen, andere Einzelgründe.

3. Ergebnisse der Untersuchung

3.1 Untersuchungszeitraum, Response-Rate -----

Die Fragebogenausgabe an Patienten wurde in der Zeit zwischen dem 22.3.1971 und dem 24.2.1972 in 4 Zeitabschnitten aus dieser Gesamtzeit durchgeführt. Die Summe der Zeitabschnitte ergibt 163 Tage, also nicht ganz ein halbes Jahr.

Anlaß für die dreimalige Unterbrechung der Patientenbefragung waren Forderungen meines Studiums. Rückschauend muß der genannte Umstand positiv bewertet werden, weil dadurch ein besserer zeitlicher Querschnitt durch die Patienten der Universitätsnervenklinik München erreicht wurde.

In der angeführten Gesamtzeit wurden 2702 Patienten in die Klinik aufgenommen, sowohl auf die psychiatrischen Stationen wie auch auf die neurologische Station. In den 4 Aufnahmezeiträumen, die, korrespondierend zu den 4 Zeiträumen meiner Befragung, 3 Wochen vor diesen liegen (entsprechend der Festlegung: Patientenbefragung 3 Wochen nach Klinikeintritt), traten 1280 Patienten in die Klinik ein, wiederum eingeschlossen die der neurologischen Station.

Von diesen 1280 Patienten wurden 208 Patienten um Beantwortung des Fragebogens angesprochen. Diese starke Auslese war durch die Auswahlkriterien bedingt, die einen Patienten für die vorliegende Untersuchung erst tauglich erscheinen ließen (Auswahlkriterien siehe 2. Teil/1.1).

Die im folgenden angeführten Ergebnisse stützen sich schließlich auf 198 Patienten, nämlich

163 Patienten, die den Fragebogen beantworteten, und

35 Patienten, die eine Beantwortung ablehnten.

Die 10 weiteren Patienten (208 P. — 198 P. = 10 P.), die für eine Beantwortung des Fragebogens nach den Auswahlkriterien geeignet gewesen wären, wurden aus dem Untersuchungskollektiv ausgeschlossen, da

- in 5 Fällen eine Ablehnung der Beantwortung nicht klar ersichtlich war (die Patienten waren beim Abholtermin der Fragebogen entlassen und die Fragebogen nicht mehr auffindbar, in einem Fall nicht ausgefüllt)
- in 2 Fällen lehnten Patienten die Beantwortung ab, da sie in der gleichen Sache schon einmal befragt worden waren;
- in 3 Fällen wurden Fragebogen ein zweitesmal ausgefüllt, jedoch von der Auswertung wegen möglicher Ergebnisverzerrungen infolge Lernprozessen bei den Patienten ausgeschlossen.

Tab. 4: Zusammenfassende Darstellung der Response-Rate

	Patientenzahl	
	absolut	in %
Fragebogen beantwortet	163	82
Fragebogenbeantwortung abgelehnt	35	18
Summe	198	100

Anmerkung:

Bei allen Prozentangaben in dieser Arbeit wird folgende, heute allgemein von den Statistikern empfohlene Regel angewandt:

bei einem Bezugskollektiv < 30 : keine %-Angabe;

bei einem Bezugskollektiv von 30 bis 300: %-Angabe ohne Stelle nach dem Komma.

3.2 Prüfung der Kollektivgruppen auf Unterschiede hin

Zu diesem Zweck wurde die quantitative Verteilung der verschiedenen möglichen Angaben innerhalb jeder Informationsgruppe des allgemeinen Teils der Lochkarten festgestellt, sowohl bei den Response- wie bei den Non-Response-Patienten (siehe 2. Teil/2.3.1). Anschließend wurden für jede der 11 Informationsgruppen (ohne Informationsgruppe "Patientennummer") die Angaben des Responsekollektivs denen des Non-Responsekollektivs gegenübergestellt und dem chi-Quadrat-Test unterzogen (siehe 2. Teil/1.2).

Dabei zeigte sich, daß in der Informationsgruppe "Geschlecht" ein statistisch signifikanter Unterschied, in der Informationsgruppe "Diagnose" ein statistisch auffälliger Unterschied zwischen beiden Patientenkollektiven besteht. In allen übrigen Informationsgruppen konnte statistisch kein Unterschied zwischen den beiden Patientenkollektiven festgestellt werden.

Tab. 5: Geschlechtsverteilung bei den zwei Patientenkollektiven

Geschlecht	Patientenkollektiv		
	Response	Non-Response	
männlich	81 = 50 %	8 = 23 %	
weiblich	82 = 50 %	27 = 77 %	
Summe	163 = 100 %	35 = 100 %	$P < 0,01$

zu Tab. 5 Ergebnis:

Bei den Response-Patienten beträgt die Geschlechtsverteilung 50:50.

Bei den Non-Response-Patienten ist das weibliche Geschlecht mit 77 % beträchtlich häufiger vertreten als das männliche, und der Test weist auf, daß Frauen die Beantwortung des Fragebogens signifikant häufiger als Männer abgelehnt haben.

Tab. 6: Verteilung der drei häufigsten Diagnosegruppen bei den zwei Patientenkollektiven

Diagnose	Patientenkollektiv	
	Response	Non-Response
Schizophrenie	43 = 50 % (26 %)	6 = 25 % (17 %)
Affektive Psychosen	44 = 37 % (27 %)	16 = 67 % (47 %)
Neurosen	33 = 27 % (20 %)	2 = 8 % (6 %)
Summe	120 = 100 % (73 %)	24 = 100 % (70 %)

$$0,01 \leq P < 0,05$$

Zu Tab. 6 Ergebnis:

Bei Bearbeitung des Untersuchungsmaterials wurde ersichtlich, daß für eine Betrachtung der Beziehung 'Diagnose und Fragebogenbeantwortung' lediglich 3 von allen registrierten Diagnosegruppen brauchbar waren. Die anderen Gruppen waren für eine quantitative Auswertung zahlenmäßig zu gering vertreten.

Hier und im weiteren Teil der Arbeit werden dementsprechend nur die Gruppen

Schizophrenie

Affektive Psychosen

Neurosen

bei den Diagnosen berücksichtigt. Ihre zahlenmäßig absolute und prozentuale Verteilung ist aus der vorangestellten Tabelle ersichtlich (fette Zahlen: Anteil der jeweiligen Diagnose in % am Gesamt-Response- bzw. Non-Responsekollektiv).

In statistisch auffälliger Weise lehnen Patienten mit einer Affektiven Psychose die Beantwortung des Fragebogens ab (zwei Drittel aller Non-Response-Patienten). Neurotiker dagegen neigen statistisch auffällig mehr zur Beantwortung des Fragebogens, wie auch die Schizophrenie-Patienten, diese allerdings weniger ausgeprägt.

3.3 Responsekollektiv - Ergebnisse der Fragebogenuntersuchung

Die Darstellung der Ergebnisse geschieht für jeden der drei Fragenkreise in folgender Weise:

- a. Vorstellung der untersuchten Beziehungen von Antworten verschiedener Fragen zueinander
- b. Aussage über die untersuchten Beziehungen im chi-Quadrat-Test.

Die quantitative Verteilung der richtigen Antworten auf jede Frage ist schon in der Materialbeschreibung niedergelegt (siehe z. B. I, 1, 1, 1 und I, 1, 2).

Die Beantwortung von Fragen aus zwei verschiedenen Fragenkategorien unterscheidet sich diese jeweils bei der Fragenkategorie an, der an nachgeordneter Stelle in Fragebogen steht.

Die Darstellung der zahlenmäßigen Verteilung von Beantwortungen in Tabellen geschieht in folgenden nur bei den Untersuchungen, bei denen der Test statistisch auffällige oder statistisch signifikante Beziehungen nachgewiesen hat.

Nur in Ausnahmefällen wird das Zahlenmaterial auch dann in Tabellen dargestellt, wenn davon kein Test keine Beziehung erkennbar war.

Tabellen für jede Untersuchung würden die Übersichtlichkeit der Arbeit mehr beeinträchtigen als fördern und den Leser ermüden.

3.3.1 F r a g e n k r e i s A

Fr.- Nr.	Inhalt der Frage	in Bezug gesetzt zu:
A 1	Vorstellung des Pat. bei Klinikeintritt über die Länge des bevorstehenden Klinikaufenthalts	- Gesamtverweildauer in der Klinik - Häufigkeit des Klinikaufenthalts - Beruf - Vorbildung (st. a.) - Diagnosegruppen - Geschlecht
A 2,1	Änderung der Vorstellung des Pat. über die Verweildauer im Laufe des Klinikaufenthalts	- Diagnosegruppen - A 1: Vorstellung des Pat. bei Klinikeintritt über die Länge des bevorstehenden Klinikaufenthalts
A 2,2	Grund für die Änderung der Vorstellung des Pat. über die Verweildauer	- Ja-Antworten bei A 2, 1 (geänderte Verweildauervorstellung)
A 2,3	Neue, abgeänderte Vorstellung des Pat. über die Verweildauer a, alle Antwortmodi b, nur neue konkrete Vorstellung	- Gesamtverweildauer - "
A 3	Eindruck des Pat. von unnötig langem Klinikaufenthalt	- Stand - Gesamtverweildauer - Beruf - berufliche (Un-)Selbständigkeit (st. s.)

Anmerkung:

st. a. = statistisch auffällige Beziehung

st. s. = " signifikante Beziehung

st. una. = " unauffällige Beziehung

Tab. 7: Verteilung der Antworten auf Frage A 1 auf die Vorbildung der Patienten

A 1	Vorbildung				
	keine Be- rufs- anga- be	nicht er- kennbar	Volks- u. Berufs- schule	mittl. Reife, be- rufsspez. nichtakad. theoreti- sche Aus- bildung	akadem. Ausbil- dung
keine Angabe		4 = 7 %	6 = 10 %	1 = 3 %	
konkrete Zeitangabe	1	37 = 65 %	38 = 67 %	30 = 85 %	11
keine genaue Vorstellung		12 = 21 %	13 = 23 %	1 = 3 %	2
ein bis weni- ge Tage nur zur Untersu- chung		2 = 3,5%		1 = 3 %	
Vorstellung gemäß der des einwei- senden Arztes		2 = 3,5%		2 = 6 %	
Summe	1	57 = 100 %	57 = 100 %	35 = 100 %	13

Tab. 8: Beziehung zwischen A 1 und Vorbildung

A 1	Vorbildung	
	Volks- u. Berufsschule	mittl. Reife, berufs- spez. nichtakad. theo- ret. Ausb. u. akadem. Ausbildung
konkrete Zeitangabe	38 = 67 %	41 = 91 %
keine genaue Vorstellung	13 = 23 %	3 = 7 %
keine Angabe	6 = 10 %	1 = 2 %
Summe	57 = 100 %	45 = 100 %

$$0,01 \leq P < 0,05$$

zu Tab. 7 und 6 Ergebnisse:

Für die Testuntersuchung wurden bei der Vorbildung die Spalten "keine Berufsangabe" und "nicht erkennbar" der Tab. 7 nicht berücksichtigt. Die 4. und 5. Spalte von Tab. 7 wurden als "höhere" Vorbildung der Volks- und Berufsschulbildung im Test (Tab. 8) gegenübergestellt.

Ebenfalls im Test nicht berücksichtigt wurde die 4. und 5. Zeile bei A 1 in Tab. 7 wegen der hier geringen Patientenzahlen.

Bei den Patienten mit "höherer" Vorbildung gab die überwiegende Mehrheit (91 %) eine konkrete Zeitvorstellung über ihre Verweildauer an im Gegensatz zu Patienten mit Volks- und Berufsschulbildung (67 % = zwei Drittel). Dieser Unterschied erwies sich als statistisch signifikant, ebenso wie die geringen %-Werte in den beiden anderen Zeilen (2 % und 7 %) bei den Patienten mit höherer Vorbildung im Gegensatz zu den Patienten mit Volks- und Berufsschulbildung (10 % und 23 %).

Zusatzuntersuchung zur Frage A 1:

Knapp 4 % aller Patienten, die den Fragebogen beantworteten (6 Patienten = 21 % der Patienten, die keine genaue Vorstellung über die Verweildauer bei Klinikeintritt besaßen) gaben als Grund dafür, daß sie keine genaue Vorstellung über ihre Verweildauer bei Klinikeintritt hatten, an, daß die Meinung des Arztes für sie maßgeblich sei ("solange, wie es der Arzt für nötig hält").

Tab. 9: Beziehung zwischen Frage A 2,1 und A 1

A 1	A 2,1				Summe
	keine Angabe	ja	nein	andere Angaben	
konkrete Zeitan- gabe	1 = 1 %	61 = 52 %	54 = 46 %	1 = 1 %	117 = 100 %

zu Tab. 9 Ergebnis:

Bei den Patienten, die mit einer bestimmten Vorstellung über ihre Verweildauer in die Klinik gekommen sind (117 Pat. = 72 % bei insgesamt 163 Pat.), änderte etwas mehr als die Hälfte (52 %) diese Vorstellung im Laufe ihrer bisherigen Aufenthaltszeit, etwas weniger als die Hälfte (46 %) behielt die ursprüngliche Vorstellung bei. Damit stimmen sie in der Antwortverteilung mit der des gesamten Responsekollektivs überein.

Tab. 10: Beziehung zwischen Frage A 2,2 und der Bejahung von Frage A 2,1

A 2,1	A 2,2							Summe
	keine Angabe	unzufrieden	Besprechung mit dem Arzt	Änderung im gesundheitlichen Befinden	Krankheits-schwere erst erkannt	Folge diagn. u. therapeut. Maßnahmen	andere Einzelgründe	
ja	3-4%	1-1%	7=10%	35=47%	6=8%	13=17%	10=13%	75=100%

zu Tab. 10 Ergebnis:

Von den Patienten, die ihre Vorstellung über die Verweildauer nach Klinikeintritt geändert haben (75 Pat. = 47 % von insgesamt 163 Pat.), gab fast die Hälfte (35 Pat. = 47 %) als Grund dafür eine Änderung im gesundheitlichen Befinden an. Als nächststufig genannter Grund erscheinen diagnostische und therapeutische Maßnahmen (13 Pat. = 17 %). Eine Besprechung mit dem Arzt wird nur in 9 % der Fälle als Grund angeführt.

Tab. 11: Verteilung der Antworten auf die Frage A 3 auf die berufliche (Un-)Selbständigkeit

berufliche (Un-)Selbst- ständigkeit	A 3				Summe
	keine Angabe	ja	nein	andere Angaben	
unselbst- ständig	2	22 = 67 %	55 = 100 %	3	82
vermutlich selbstän- dig			3 = 5 %		3
vermutlich unselbst- ständig		2 = 3 %	10 = 20 %		12
selbstän- dig			17 = 32 %		17
nicht er- kennbar			1 = 2 %		1
keine Angabe		5 = 17 %		3	12
Summe	2	= 20 %	= 75 %		
	82	33 = 100 %	102 = 100 %		102 = 100 %

Tab. 12: Beziehung zwischen Antwort auf Frage A 3 und berufliche (Un-)Selbständigkeit

berufliche (Un-)-Selbständigkeit	A 3		Summe
	ja	nein	
selbständig und vermutlich unselbständig		53 = 45 %	53
unselbständig u. vermutlich unselbständig	24 = 100 %	65 = 55 %	89
Summe	24 100 %	118 = 100 %	142

$$P < 0,01$$

zu Tab. 11 und 12 Ergebnisse:

Aus Tab. 11 ist ersichtlich, daß 95 % aller Response-Patienten mit Ja oder Nein auf Frage A 3 geantwortet haben.

Von diesen 95 % der Patienten wurden in Tab. 12 die Angaben der Patienten getestet, die beruflich (vermutlich) selbständig und (vermutlich) unselbständig sind. Nicht berücksichtigt wurden die Angaben der letzten zwei Spalten in Tab. 11. Dabei stellte sich als statistisch signifikante Beziehung heraus, daß die beruflich (vermutlich) Selbständigen, soweit die Angaben gemacht haben, sämtlich mit Nein geantwortet haben, d.h. den Klinikaufenthalt nicht als unnötig lange betrachtet haben. Weiterhin erwies sich als statistisch signifikant, daß die Mehrzahl der dem Test unterzogenen Patienten (142 Pat. = 87 % von insgesamt 163 Pat.), nämlich 118 Pat. = 83 %, die Frage mit Nein beantwortet haben.

3.3.2 F r a g e n k r e i s B

Fr.- Nr.	Inhalt der Frage	in Bezug gesetzt zu:
B 1	Zeitpunkt, an dem der Pat. zum erstenmal nach dem Entlassungstermin fragte (dabei für die Untersuchung Antwortmodi zusammengefaßt zu folgenden: 1. Woche 2. Woche 3. Woche noch nicht gefragt)	- Stand - Beruf (nur zu den häufigsten Berufsbereichen) - Diagnosegruppen (st. una.) - Geschlecht
B 2,1	Unterdrückte der Pat. die Frage nach dem Entlassungstermin? (nur Ja- u. Nein-Antworten untersucht)	- Häufigkeit des Klinikaufenthalts (st. una.) - Beruf (nur zu den häufigsten Berufsbereichen) - Geschlecht
B 3	Patientenmeinung darüber, ob der Arzt aufgefordert den Entlassungstermin mitteilen u. sich daran halten soll	- Stand - Häufigkeit des Klinikaufenthalts - Beruf - Geschlecht
B 4,1	Kenntnis des Pat. über seinen voraussichtlichen Entlassungstermin	- Häufigkeit des Klinikaufenthalts - Diagnosegruppen - B 1 (st. s.)
B 4,2	Zeitpunkt, wann der Pat. die Auskunft über seinen voraussichtlichen Entlassungstermin erhalten hat	- Gesamtverweildauer - Diagnosegruppen - B 1

Tab. 13: Verteilung der Antworten zu Frage B 1 auf die drei häufigsten Diagnosegruppen

B 1	Diagnosegruppen			Summe
	Schizophrenie	Affektive Psychosen	Neurosen	
1. Woche	11 = 32 %	5 = 14 %	6 = 22 %	22
2. Woche	7 = 20 %	9 = 25 %	11 = 41 %	27
3. Woche	5 = 14 %	3 = 8 %	3 = 11 %	11
noch nicht gefragt	12 = 34 %	19 = 53 %	7 = 26 %	38
Summe	35 = 100 %	36 = 100 %	27 = 100 %	98

zu Tab. 13 Ergebnis:

Obwohl sich die Verteilung der Antworten in Tab. 13 im Test als statistisch unauffällig erwiesen hat, möchte ich sie doch wegen des Verhaltens der Patienten mit einer Affektiven Psychose vorstellen. Nur 14 % dieser Patienten stellen in der 1. Woche die Frage nach dem Entlassungstermin, und 53 %, also über die Hälfte dieser Patienten, hat 3 Wochen nach Klinikeintritt noch gar nicht danach gefragt - Zahlenwerte, die zumindest etwas auffallen im Vergleich zu denen der Patienten der Schizophrenie- und Neurosegruppe.

Tab. 14: Verteilung der Ja- und Nein-Antworten zu Frage B 2,1
auf die Häufigkeit des Klinikaufenthalts

B 2,1	Klinikaufenthalt			Summe
	einmal	zweimal	dreimal u. öfter	
ja	19 = 20 %	11 = 32 %	2 = 8 %	32
nein	75 = 80 %	24 = 68 %	23 = 92 %	122
Summe	94 = 100 %	35 = 100 %	25 = 100 %	154

zu Tab. 14 Ergebnis:

Wiederum erwies der Test keine statistisch auffälligen Unterschiede in der Verteilung der Antworten. Ich möchte jedoch darauf hinweisen, daß Patienten, die sich zum zweitenmal in der Klinik aufhielten, prozentual häufiger (32 %) die Frage nach dem Entlassungstermin unterdrückt hatten als Patienten, die zum erstenmal in die Klinik gekommen waren (20 %) und die zum drittenmal und öfter in der Klinik weilten (8 %).

Tab. 15: Verteilung der Antworten zu Frage B 4,1 auf die drei häufigsten Diagnosegruppen

B 4,1	Diagnosegruppen			Summe
	Schizophrenie	Affektive Psychosen	Neuroser	
keine Angabe	1 - 1 %			1
ja	15 - 37 %	8 - 18 %	14 - 42 %	37
nein	26 - 61 %	35 - 80 %	19 - 58 %	80
keine genaue Auskunft erhalten	1 - 2 %	1 - 2 %		2
Summe	43 - 100 %	44 - 100 %	53 - 100 %	120

zu Tab. 15 Ergebnis:

Die Gruppe der Patienten mit einer Affektiven Psychose fallen etwas aus der Reihe. Nur 18 % dieser Patienten sind 3 Wochen nach Klinikeintritt in Kenntnis gesetzt über ihren voraussichtlichen Entlassungstermin. Die überwiegende Mehrheit (80 %) weiß keinen Entlassungstermin. Die Patienten der Schizophrenie- und Neurosegruppe sind im Gegensatz dazu besser informiert. Im Test jedoch konnte keine statistische Auffälligkeit in dieser Antwortverteilung gefunden werden.

Tab. 16: Verteilung der Antworten zu Frage B 4,1 auf die
Antworten zu Frage B 1

B 4,1	B 1						Summe
	keine Angabe	konkre- te Leitang- abe	unge- fähre Leit- angabe	(noch) nicht gefragt	Arzt sprach unge- fragt von sich aus	andere Angaben	
keine Angabe		1 = 2%		1 = 2%			2
ja	5	10 = 7,4%	1	0 = 11%	1	2	54
nein	10	10 = 7,4%	1	12 = 55%	3	2	102
keine genaue Angabe sonst etwas		2 = 8%	1	1 = 8%	1		5
Summe	15	23 = 100%	3	13 = 100%	5	10	163

Tab. 17: Beziehung zwischen Antworten zu den Fragen B 4,1 und B 1

B 4,1	B 1		Summe
	konkrete u. ungefähre Zeitangabe	Arzt sprach ungefragt von sich aus	
ja	42 = 54 %	7 = 13 %	49
nein	36 = 46 %	48 = 87 %	84
Summe	78 = 100 %	55 = 100 %	133

$P < 0,01$

zu Tab. 16 und 17 Ergebnisse:

Für die Durchführung des Tests (Tab. 17) wurden die Zahlen der Patienten, die nach dem Entlassungstermin gefragt hatten, in den jeweils entsprechenden Zeilen zusammengefaßt und den Angaben der Patienten gegenübergestellt, die den Arzt nicht selbst danach gefragt hatten.

Während bei den Patienten, die den Arzt wegen des Entlassungstermins gefragt hatten, etwa je die Hälfte den voraussichtlichen Entlassungstermin weiß bzw. nicht weiß, kennen von den Patienten, die nicht nach dem Entlassungstermin gefragt hatten, diesen nur zu 13 %, während 87 % jener Patienten in Unkenntnis darüber stehen. Im Test wurde dieser Unterschied der Antwortverteilung als *s t a t i s t i s c h* *s i g n i f i k a n t* nachgewiesen.

3.3.3 Fragenkreis C

Fr.- Nr.	Inhalt der Frage	in Bezug gesetzt zu:
C 1,1	Ist der Pat. wegen Unklarheit über den Entlassungstermin beunruhigt?	- Stand - Häufigkeit des Klinikaufenthalts - berufliche (Un-)Selbständigkeit - Diagnosegruppen
C 1,2	Grund für (Nicht-) Beunruhigung des Pat. wegen Unklarheit über den Entlassungstermin	- Alter - Stand - Häufigkeit des Klinikaufenthalts - berufliche (Un-)Selbständigkeit - Diagnosegruppen (st. una.) - Geschlecht - B 2,1
C 2,1a	Gefühle der Resignation	- Alter (st. s.) - Häufigkeit des Klinikaufenthalts (st. a.) - Diagnosegruppen (st. una.) - Geschlecht (st. a.) - A 2,1 - A 3 (st. s.) - B 2,1 - B 3 - C 1,1 (st. s.)
C 2,1b	Gefühle der Aggression gegen den Arzt	- Häufigkeit des Klinikaufenthalts - Geschlecht
	gegen die Umgebung	- Häufigkeit des Klinikaufenthalts - Geschlecht
	gegen sich selbst	- Häufigkeit des Klinikaufenthalts - Geschlecht (st. a.)
	Gefühle der Aggression, gleichgültig bei welcher u. bei wievielen der drei vorangehenden	- Alter (st. s.) - Diagnosegruppen (st. s.) - A 3 (st. a.) - B 2,1 (st. s.) - B 3

Fragenkreis C (Fortsetzung)

Fr.- Nr.	Inhalt der Frage	in Bezug gesetzt zu:
	Aggressionsrichtungen	- C 1,1 (st. s.) - C 2,1a
C 2,2	Äußerung genannter Gefühle in Handlungen	- Alter - Diagnosegruppen - Geschlecht
C 2,3	Art der (bejahten) Handlungen	- Geschlecht
C 3,1	subjektiv vom Pat. festgestellte körperliche Befindensänderungen nach Auskunftsverweigerung	- Diagnosegruppen - Geschlecht - C 1,1: Ist der Pat. wegen Unklarheit über den Entlassungstermin beunruhigt? (st. s.)
C 3,2	Art der körperlichen Befindensänderung	- Geschlecht
C 4	Sind die genannten Gefühls- oder Körpersymptome vor einer Auskunft über die Verweildauer durch den Arzt vergangen?	- Geschlecht
C 5	Zweifelt der Pat. am Wert der Klinikbehandlung nach Auskunftsverweigerung?	- Geschlecht - A 3: Eindruck des Pat. von unnötig langem Klinikaufenthalt
	Zusatzuntersuchung zu C 5: nur die Ja-Antworten	- Gesamtverweildauer - C 1,1: Ist der Pat. wegen Unklarheit über den Entlassungstermin beunruhigt? - C 1,2 - C 1,1a - C 2,1a

Tab. 18: Beziehung zwischen den Antworten zu Frage C 1,1 und den drei häufigsten Diagnosegruppen

Diagnosegruppen	C 1,1		Summe
	ja	nein	
Schizophrenie	15 = 40 %	23 = 60 %	38 = 100 %
Affektive Psychosen	8 = 20 %	33 = 80 %	41 = 100 %
Neurosen	2 = 6 %	29 = 94 %	31 = 100 %
Summe	25	85	110

$P < 0,01$

zu Tab. 18 Ergebnis:

Im Test wurden die Unterschiede in der Antwortverteilung unter den drei häufigsten Diagnosegruppen als **s t a t i s - t i s c h s i g n i f i k a n t** erwiesen.

40 % der Schizophrenie-Patienten fühlten sich beunruhigt wegen der Ungewißheit über den Entlassungstermin gegenüber 20 % bei den Patienten mit einer Affektiven Psychose und nur 6 % bei den Neurose-Patienten.

Tab. 19: Verteilung der Antworten zu Frage C 1,2 auf die drei häufigsten Diagnosegruppen

C 1,2	Diagnosegruppen			Su
	Schizophrenie	Affektive Psychosen	Neurosen	
keine Angabe	16 = 37 %	9 = 20 %	8 = 24 %	33
eigene Beurteilung der Krankheit	5 = 12 %	9 = 20 %	6 = 19 %	20
Vertrauen zum Arzt	3 = 7 %	10 = 23 %	8 = 24 %	21
hinnehmende bis positive Einstellung zum Klinik-aufenthalt	3 = 7 %	7 = 16 %	3 = 9 %	13
negative Einstellung zum Klinik-aufenthalt	7 = 16 %	2 = 5 %	2 = 6 %	11
eigene oder indirekt mittels des Arztes gebildete Vorstellung	2 = 5 %	2 = 5 %	2 = 6 %	6
andere Angaben	7 = 16 %	5 = 11 %	4 = 12 %	16
Summe	42 = 100 %	44 = 100 %	33 = 100 %	120

zu Tab. 19 Ergebnis:

Obwohl im Test keine statistisch auffällige Verteilung der Antworten nachgewiesen wurde, scheint mir diese betrachtenswert. Bei den Schizophrenie-Patienten führen nur 7 % als Grund für ihre Nichtbeunruhigung Vertrauen zum Arzt an im Ge-

gensatz zu 23 % bei den Patienten mit einer Affektiven Psychose und 24 % bei den Neurosepatienten. Auch eine hinnehmende bis positive Einstellung zum Klinikaufenthalt lassen nur 7 % erkennen (bei den Neurosepatienten allerdings auch nur 9 %) gegenüber 16 % bei den Patienten mit einer Affektiven Psychose. Dagegen zeigen die Schizophrenie-Patienten in 16 % der Fälle eine negative Einstellung zur Klinik und zum Klinikaufenthalt (bei den Patienten mit einer Affektiven Psychose nur 5 %, bei den Neurose-Patienten nur 6 %).

Tab. 20: Beziehung zwischen Antwort zu Frage C 2,1a und dem Alter des Patienten

Alter	C 2,1a		Summe
	ja	nein	
10-19	4	3	12
20-29	16	10	47
30-39	3	14	33
40-49	6	20	28
50-59	4	14	24
60-69	3	13	16
Summe	36	64	100

$P < 0,01$

zu Tab. 19 Ergebnis:

Im Test wurde die Altersgruppe "70-79 Jahre" nicht berücksichtigt, da sie nur mit 3 Patienten vertreten war. Als statistisch signifikanter Unterschied wurde ermittelt, daß in der Altersgruppe "10-19 Jahre" zwei Drittel der Patienten Befühle der Begegnation wegen der Ungewißheit über die Verweildauer angaben, und nur ein Drit-

tel dieser Gruppe solche verneint, in der Altersgruppe "20-29 Jahre" etwa die Hälfte Gefühle der Resignation bejaht bzw. verneint, und in den Altersgruppen ab 30 Jahren die überwiegende Mehrheit (mit steigender Tendenz) keine Resignationsgefühle angibt.

Tab. 21: Beziehung zwischen Antworten zu Frage C 2,1a und der Häufigkeit des Klinikaufenthalts

C 2,1a	Klinikaufenthalt			Summe
	einmal	zweimal	dreimal u. öfter	
keine Angabe	5 = 5 %	1 = 3 %	1 = 4 %	7
ja	41 = 42 %	5 = 23 %	4 = 15 %	50
nein	51 = 53 %	26 = 74 %	22 = 81 %	99
Summe	97 = 100 %	32 = 100 %	27 = 100 %	119

$$0,01 \leq P < 0,05$$

zu Tab. 21 Ergebnis:

Bei der Durchführung des Tests wurde die Zeile "andere Angaben" der Frage C 2,1a nicht berücksichtigt, da hier nur 4 Patienten vertreten waren.

Es erwies sich als s t a t i s t i s c h a u f f ä l l i g , daß die Patienten, die sich zum erstenmal in der Klinik aufhalten, fast zur Hälfte (42 %) Gefühle der Resignation wegen der Unklarheit über ihren Entlassungstermin angeben, während dieser %-Satz geringer ist bei den Patienten, die zum zweitenmal in die Klinik gekommen sind (23 %), und nur 15 % beträgt bei den Patienten, die zum drittenmal oder noch öfter in der Klinik weilen. Bei den Verneinungen von Resignationsgefühlen ist die umgekehrte Beobachtung zu machen.

Tab. 20: Verteilung der Antworten zu Frage C 2,1a auf die
 drei psychischen Krankheitsgruppen

C 2,1a	Antw.-verteilung			Summe
	Schizophrenie	Affektive Psychosen	Neurosen	
ja	10 = 47 %	18 = 40 %	17 = 39 %	45
nein	12 = 53 %	26 = 57 %	27 = 60 %	65
Summe	22 = 100 %	44 = 100 %	44 = 100 %	110

zu Tab. 20 Ergebnis:

Obwohl in Test hinsichtlich der Antwortverteilung statistisch keine Auffälligkeit nachgewiesen werden konnte, möchte ich doch darauf aufmerksam machen, daß von den Schizophrenie-Patienten 47 % wegen der Unvollständigkeit des Einlassungstermin Gefühle der Resignation angeben im Gegensatz zu nur 30 % bei den Patienten mit einer Affektiven Psychose. Neurose-Patienten liegen in dieser Hinsicht etwa in der Mitte zwischen den beiden genannten Gruppen mit 38 % Resignationsbejahungen.

Tab. 23: Verteilung der Antworten zu Frage C 2,1a auf das Geschlecht der Patienten

C 2,1a	Geschlecht		Summe
	männlich	weiblich	
keine Angabe	6 = 7 %	1 = 1 %	7
ja	32 = 40 %	21 = 26 %	53
nein	42 = 52 %	51 = 63 %	93
andere Angaben	1 = 1 %	3 = 4 %	4
Summe	81 = 100 %	75 = 100 %	156

$$0,01 \leq P < 0,05$$

zu Tab. 23 Ergebnis:

In der Testuntersuchung wurde die Zeile "andere Angaben" bei der Frage C 2,1a nicht berücksichtigt wegen der geringen Patientenzahl.

S t a t i s t i s c h a u f f ä l l i g geben Frauen nur in 26 % Gefühle der Resignation wegen Unklarheit über den Entlassungstermin an gegenüber 40 % bei den Männern, und verneinen derartige Gefühle in 69 % der Fälle (bei den Männern nur in 52 % der Fälle).

Tab. 24: Beziehung zwischen den Antworten zu Frage C 2,1a und A 3

C 2,1a	A 3		Summe
	ja	nein	
ja	18 = 58 %	32 = 28 %	50
nein	13 = 42 %	82 = 72 %	95
Summe	31 = 100 %	114 = 100 %	145

$P < 0,01$

zu Tab. 24 Ergebnis:

Als statistisch signifikant erwies sich, daß von den Patienten, die den Klinikaufenthalt als unnötig lange einschätzten, mehr als die Hälfte (58 %) auch Gefühle der Resignation angeben, dagegen von den Patienten, die den Klinikaufenthalt als nicht zu lange betrachten, solche Gefühle nur in 28 % (nicht einmal ein Drittel der Fälle) genannt werden.

Tab. 25: Beziehung zwischen den Antworten zu Frage C 2,1a und C 1,1

C 2,1a	C 1,1			Summe
	keine Angabe	ja	nein	
keine Angabe	3	2 = 6 %	2 = 2 %	7
ja		20 = 61 %	24 = 25 %	49
nein	1	11 = 33 %	83 = 73 %	95
Summe	4	33 = 100 %	114 = 100 %	151

$P < 0,01$

zu Tab. 25 Ergebnis:

Für die Testuntersuchung wurden in jeder Frage die Rubrik "keine Angabe" wegen der geringen Patientenzahlen weggelassen.

Als statistisch signifikante Beziehung wurde festgestellt, daß von den Patienten, die sich wegen der Ungewißheit über den Entlassungstermin beunruhigt fühlen, fast zwei Drittel (61 %) auch Gefühle der Resignation angeben, bei den Patienten, die sich nicht beunruhigt fühlen, dagegen nur ein Viertel der Fälle (25 %) Resignationsgefühle bejahen.

Tab. 26: Beziehung zwischen den Antworten zu Frage C 2,1b
(gegen sich selbst) und dem Geschlecht des Patienten

C 2,1b.	Geschlecht		Summe
	männlich	weiblich	
keine Angabe	9 = 11 %	6 = 7 %	15
ja	16 = 20 %	5 = 7 %	21
nein	5 = 7 %	6 = 8 %	11
andere Angaben	2 = 3 %	1 = 1 %	3
Summe	32 = 100 %	20 = 100 %	52

$$0,01 \leq P < 0,05$$

zu Tab. 26 Ergebnis:

Im Test wurde die Zeile "andere Angaben" nicht berücksichtigt wegen der geringen Patientenzahl.

Die geschlechtsunterschiedliche Antwortverteilung wurde als statistisch auffällig nachgewiesen. Män-

ner bejahen häufiger als Frauen (20 % : 7 %) Aggressionsgefühle gegen sich selbst, die sie auf die Unwissenheit über den Entlassungstermin zurückführen.

(Nicht in einer Tabelle vorgestellt, da im Test nicht als statistisch auffällig erkannt, ist die geschlechtsspezifische Antwortverteilung bei Aggressionsgefühlen gegen die Umgebung. Erwähnt sei, daß auch dort die Männer häufiger solche Gefühle angeben als Frauen - 12 % : 5 %.)

Tab. 27: Beziehung zwischen den Antworten zu Frage C 2,1b (sämtliche Unterfragen) und dem Alter des Patienten

C 2,1b	Alter			Summe
	10-19	20-29	30-39	
ja	5	14 = 55 %	11 = 100 %	26
nein	6	19 = 87 %	33 = 100 %	58
Summe	11	33 = 100 %	44 = 100 %	88

$$P < 0,01$$

zu Tab. 27 Ergebnis:

Für die Testuntersuchung wurden die Altersgruppen ab 30 Jahren zu einer zusammengefaßt, da bei ihnen die Verteilung der Antworten ungefähr gleich war.

S t a t i s t i s c h s i g n i f i k a n t ist die Beziehung von Aggressionsgefühlen zum Alter. In der Gruppe "10-19 Jahre" bejaht und verneint jeweils etwa die Hälfte solche Gefühle. In der Gruppe "20-29 Jahre" ist die Verteilung der Antworten noch etwa genauso. Dagegen verneint die überwiegende Mehrheit der Gruppe ab 30 Jahren (88 %) Aggressionsgefühle.

Tab. 28: Beziehung zwischen den Antworten zu Frage C 2,1b und den drei häufigsten Diagnosegruppen

C 2,1b	Diagnosegruppen			Summe
	Schizophrenie	Affektive Psychosen	Neurosen	
ja, wenigstens in einer Unterfrage	18 = 50 %	4 = 10 %	4 = 14 %	26
nein in allen 3 Unterfragen	18 = 50 %	35 = 90 %	24 = 56 %	77
Summe	36 = 100 %	39 = 100 %	28 = 100 %	103

$P < 0,01$

2. Tab. 2a Ergebnis:

Die Schizophrenie-Patienten zeigen eine statistisch signifikant andere Verteilung der Antworten als die beiden anderen Diagnosegruppen. 50 % bejahen hier Aggressionsgefühle im Gegensatz zu nur 10 % bei den Patienten mit einer Affektiven Psychose und nur 14 % bei den Neurose-Patienten.

Tab. 29: Beziehung zwischen den Antworten zu Frage C 2,1b und A 3

A 3	C 2,1b		Summe
	ja, wenigstens in einer Unterfrage	nein in allen 3 Unterfragen	
ja	11 = 39 %	19 = 18 %	30
nein	17 = 61 %	85 = 82 %	102
Summe	28 = 100 %	104 = 100 %	132

$$0,01 \leq P < 0,05$$

zu Tab. 29 Ergebnis:

Statistisch auffällig bejahen Patienten mit Aggressionsgefühlen gut doppelt so häufig wie Patienten ohne Aggressionsgefühle (39 %: 18 %) den Eindruck, daß der Klinikaufenthalt unnötig lange dauere.

Tab. 30: Beziehung zwischen den Antworten zu Frage C 2,1b und B 2,1

B 2,1	C 2,1b			Summe
	keine Angabe, in allen 3 Unterfragen	ja, in mindestens einer Unterfrage	nein in allen 3 Unterfragen	
ja	1	11 = 39 %	15 = 15 %	27
nein	6	17 = 61 %	87 = 85 %	110
Summe	7	28 = 100 %	102 = 100 %	137

$$P < 0,01$$

zu Tab. 30 Ergebnis:

Die Spalte "keine Angabe" wurde im Test nicht berücksichtigt, da sie nur indirekt eine Information enthält.

In statistisch signifikanter Weise unterdrückten Patienten, die jegliche Aggressionsgefühle verneinen, nur in 15 % die Frage nach dem Entlassungstermin im Gegensatz zu 39 % bei den Patienten mit Gefühlen der Aggression.

Tab. 31: Beziehung zwischen den Antworten zu Frage C 2,1b und C 1,1

C 1,1	C 2,1b			Summe
	keine Angabe in allen 3 Unterfragen	ja in minde- stens einer Unterfrage	nein in allen 3 Unterfragen	
ja		15 = 50 %	15 = 15 %	30
nein	2	14 = 47 %	86 = 84 %	102
keine Angabe	5	1 = 3 %	1 = 1 %	7
Summe	7	30 = 100 %	102 = 100 %	139

$P < 0,01$

zu Tab. 31 Ergebnis:

Die Spalte "keine Angabe" blieb im Test bei beiden Fragen wiederum unberücksichtigt wegen ihrer nur indirekten Information.

Von den Patienten mit Aggressionsgefühlen zeigt sich die Hälfte beunruhigt wegen der Ungewißheit über den Entlassungs-

termin. Damit unterscheiden sie sich **s t a t i s t i s c h**
s i g n i f i k a n t von den Patienten, die Aggressionsge-
 fühle verneinen. Diese sind nur in 15 % der Fälle beunruhigt.

Zusatzuntersuchung:

**Tab. 32: Gleichzeitigkeit von Aggressions- und Resignations-
 gefühlen**

C 2,1b	C 2,1a			Summe
	ja	nein	keine Angabe	
ja in minde- stens einer Unterfrage	21 = 70 %	6 = 20 %	3 = 10 %	30 = 100 %

zu Tab. 32 Ergebnis:

70 % der Patienten, die Aggressionsgefühle angeben, bejahen
 zugleich auch Gefühle der Resignation. Nur 20 % verneinen Re-
 signationsgefühle.

**Tab. 33: Beziehung zwischen den Antworten zu Frage C 3,1 und
 C 1,1**

C 3,1	C 1,1		Summe
	ja	nein	
ja	11 = 35 %	8 = 25 %	19
nein	18 = 55 %	14 = 41 %	32
Summe	29 = 100 %	22 = 100 %	51

$P < 0,01$

zu Tab. 33 Ergebnis:

S t a t i s t i s c h s i g n i f i k a n t ist die Beziehung zwischen (Nicht-)Beunruhigung wegen der Ungewißheit über den Entlassungstermin und einer vom Patienten subjektiv festgestellten körperlichen Befindensänderung nach einer Auskunftsverweigerung hinsichtlich des Entlassungstermins. 38 % der Patienten, die sich wegen der Ungewißheit über den Entlassungstermin beunruhigt fühlen, stellen körperliche Befindensänderungen bei sich fest im Vergleich zu nur 9 %, die sich wegen ihrer ungewissen Verweildauer nicht beunruhigt fühlen.

Tab. 34: Beziehung zwischen Antworten zu Frage C 5 und A 3

C 5	A 3		Summe
	ja	nein	
keine Angabe	1 = 10 %	1 = 10 %	12
ja	1 = 10 %	2 = 2 %	7
nein	23 = 74 %	52 = 86 %	105
Summe	31 = 100 %	53 = 100 %	124

$$0,01 \leq P < 0,05$$

zu Tab. 34 Ergebnis:

In der statistischen Untersuchung wurde die Rubrik "keine Angabe" bei C 5 nicht berücksichtigt, wie in früheren Fällen wegen der nur indirekten Information darin.

Im Test wurde nachgewiesen, daß i n s t a t i s t i s c h
a u f f ä l l i g e r Weise Patienten, die den Eindruck

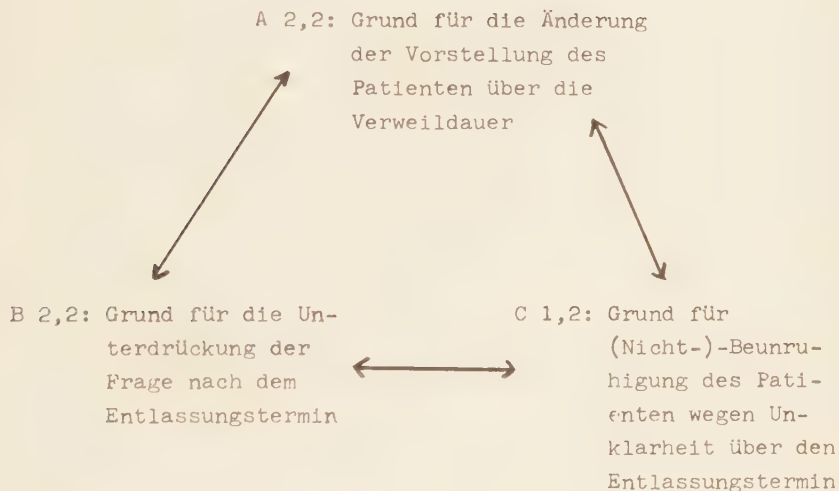
eines unnötig langen Klinikaufenthalts besitzen, auch Zweifel am Wert der Klinikbehandlung äußern (10 % zu nur 2 % bei den Patienten, die den Klinikaufenthalt nicht als unnötig lang einschätzen).

Zusatzuntersuchungen zu Frage C 5:

Von den 8 Patienten, die Zweifel am Wert der Klinikbehandlung äußern, gilt:

- 1, alle 8 Patienten nennen Gefühle der Aggression;
- 2, 7 Patienten nennen gleichzeitig Gefühle der Resignation;
- 3, 6 Patienten fühlen sich beunruhigt wegen der Ungewißheit über den Entlassungstermin, 1 Patient verneint dies und 1 Patient macht dazu keine Angabe;
- 4, 4 Patienten geben eine negative Einstellung zur Klinik und zum Klinikaufenthalt als Grund für ihre Beunruhigung an.

3.3.4 Untersuchung eines Zusammenhangs der
 Begründungen in den Fragen A 2,2;
 B 2,2 und C 1,2



Jede Frage wurde in Bezug gesetzt zu den beiden anderen.

Ergebnis:

In keiner der drei Untersuchungen konnte eine statistisch
auffällige Beziehung festgestellt werden.

3.3.5 Untersuchung eines Zusammenhangs zwischen den Umständen der Fragebogen-ausgabe bzw. -rückgabe und der Beantwortung des Fragebogens

Beobachtung (x)	in Bezug gesetzt zu:	
	Fr.-Nr.	Inhalt der Frage
Verhalten bei Fragebogen- ausgabe	A 8	Eindruck des Patienten von unnötig langem Klinikaufenthalt
	C 1,1	Ist der Pat. wegen Unklarheit über den Entlassungstermin beunruhigt?
	C 1,2	Grund für (Nicht-)Beunruhigung des Pat. wegen Unklarheit über den Entlassungstermin
Verhalten bei Fragebogen- rückgabe	A 8	
	C 1,1	Frageninhalt siehe im Vorangehenden!
	C 1,2	

(x): Die Untergruppen der Beobachtungsinformation siehe
Tab. 2/2. Teil, 2.3.2.1

Tab. 35: Beziehung zwischen den Antworten zu Frage C 1,2 und dem Verhalten des Patienten bei Fragebogenabgabe

C 1,2	Fragebogenabgabe			Summe
	beim erstenmal abgegeben, persönlich u. nicht persönlich	Fr. mit mir zusammen ausgefüllt	frühestens beim zweitenmal zurück, beim erstenmal nicht ausgefüllt	
keine Angabe	31 = 25 %	1 = 6 %	8 = 47 %	40
eigene Beurteilung der Krankheit	17 = 14 %	1 = 6 %	4 = 23 %	22
Vertrauen zum Arzt	24 = 20 %	4 = 23 %	2 = 12 %	30
hinnehmende bis positive Einstellung zum Klinik-aufenthalt	13 = 11 %	6 = 36 %	1 = 6 %	20
negative Einstellung zum Klinik-aufenthalt	8 = 7 %	2 = 12 %	1 = 6 %	11
eigene oder indirekt mittels Arzt gebildete Vorstellung	7 = 6 %	1 = 6 %	1 = 6 %	9
andere Angaben	11 = 9 %	1 = 6 %	1 = 6 %	13
Summe	121 = 100 %	17 = 100 %	17 = 100 %	155

Zu Tab. 36 Ergebnis:

In einem Vortest ergab sich, daß keine Verteilungsunterschiede bei den Begründungen zwischen den Gruppen bestehen, die

beim 1. Abholtermin den Fragebogen persönlich bzw. nicht persönlich an mich zurückgegeben haben. Deshalb konnten diese beiden Gruppen in Tab. 35 zu einer Gruppe zusammengefaßt werden.

Die unterschiedliche quantitative Verteilung, wie sie aus Tab. 35 zu ersehen ist, erwies sich im Test als statistisch auffällig.

Bei den Patienten, die den Fragebogen beim 1. Abholtermin zurückgaben, nennen nur 7 % eine negative Einstellung zum Klinikaufenthalt. Die übrigen Begründungen (ausgenommen die vorletzte) pendeln um 19 %.

Bei den Patienten, die mit meiner Assistenz den Fragebogen ausgefüllt haben, geben nur 6 % keinen Grund für die (Nicht-)Beunruhigung an, dagegen nennen 36 % eine positive Einstellung zum Klinikaufenthalt.

Bei den Patienten, die den Fragebogen frühestens beim 2. Abholtermin zurückgaben (und bei den vorhergehenden Abholterminen den Fragebogen noch nicht ausgefüllt hatten), machen 47 % keine Angabe, und nur 6 % führen eine positive Einstellung zum Klinikaufenthalt an.

3.3.6 Untersuchung der Ablehnungsgründe bei Nichtbeantwortung des Fragebogens

Die Begründung der Ablehnung wurde in Bezug gesetzt zu
1, den drei häufigsten Diagnosegruppen,
2, dem Geschlecht.

Die Untergliederung der Information "Begründung der Ablehnung" siehe 2. Teil/2.3.2.2 !

Tab. 36: Beziehung zwischen der Begründung der Ablehnung und den drei häufigsten Diagnosegruppen

Diagnosegruppen	Ablehnungsbegründung					Summe (24=100%)
	keine Angabe	kein Grund	objektive Gründe	subjektive Gründe	objekt. u. subjekt. Gründe	
Schizophrenie	2	2		1	1	6 = 25 %
Affektive Psychosen	1	4	3	8		16 = 67 %
Neurosen	1	1				2 = 8 %

Tab. 37: Beziehung zwischen der Begründung der Fragebogenablehnung und dem Geschlecht des Patienten

Geschlecht	Ablehnungsgründe					Summe (35=100%)
	keine Angabe	kein Grund	objektive Gründe	subjektive Gründe	objekt. u. subjekt. Gr.	
männlich	3	2	1	2		8 = 23 %
weiblich	6	6	4	10	1	27 = 77 %

zu Tab. 36 und 37 Ergebnis:

Eine statistische Untersuchung wurde wegen der kleinen Patientenzahlen nicht durchgeführt.

Zu Tab. 36 sei lediglich gesagt, daß die Hälfte der Patienten mit einer Affektiven Psychose, die die Beantwortung des Fra-

gebogens abgelehnt haben (8 Pat.), allein subjektive Gründe angeben.

In Tab. 37 zeigen die Frauen eine Neigung zur Angabe von subjektiven Gründen für die Ablehnung.

3.3.7 Untersuchung eines Zusammenhangs zwischen der Gesamtverweildauer und den drei häufigsten Diagnosegruppen

Zu diesem Zweck wurden die Response- und die Non-Response-Patienten zu einem Untersuchungskollektiv zusammengefaßt. Das ist möglich, da diese Untersuchung weitgehend unabhängig von der Untersuchung mittels Fragebogen geschieht. Lediglich die Auswahlkriterien bezüglich der Patientenwahl sind dieselben.

Tab. 38: Beziehung zwischen Gesamtverweildauer und den drei häufigsten Diagnosegruppen

Gesamtverweildauer in Tagen	Diagnosegruppen			Summe
	Schizophrenie	Affektive Psychosen	Neurosen	
21-30	9 = 18 %	6 = 10 %	6 = 17 %	21
31-40	4 = 8 %	10 = 33 %	14 = 40 %	38
46-60	12 = 25 %	13 = 20 %	3 = 9 %	27
61-90	18 = 41 %	13 = 22 %	3 = 9 %	31
> 90	9 = 18 %	9 = 14 %	9 = 25 %	27
Summe	43 = 100 %	60 = 100 %	35 = 100 %	144

$$0,01 \leq P < 0,05$$

zu Tab. 38 Ergebnis:

Es zeigte sich ein s t a t i s t i s c h a u f f ä l l i -
g e r Unterschied in der Beziehung der Gesamtverweildauer zu
den drei häufigsten Diagnosegruppen.

Nur 10 % der Patienten mit einer Affektiven Psychose weilen
einen Monat oder kürzere Zeit in der Klinik. Der Hauptanteil
dieser Patienten (ein Drittel) zeigt eine Verweildauer zw-
ischen einem und eineinhalb Monaten.

Bei den Schizophrenie-Patienten ist eine Verweildauer von
einem bis eineinhalb Monaten am wenigsten vertreten (bei 8 %
der Pat.). Der Hauptanteil dieser Patientengruppe (31 %, also
fast ein Drittel) weist eine Verweildauer von 2-3 Monaten
auf.

Bei den Neurose-Patienten befinden sich 40 % (also mehr als
ein Drittel) einen bis eineinhalb Monate in der Klinik. Ver-
weildauern von eineinhalb bis zwei Monaten und von 2-3 Mona-
ten zeigen gleicherweise nur 9 % der Patienten, dagegen
steigt die Patientenzahl bei einer Verweildauer von mehr als
3 Monaten auf 25 % an.

Die Ergebnisse dieser Randuntersuchung mögen hier für Inter-
essierte vermerkt sein. Im folgenden werde ich darauf nicht
mehr zurückkommen, da das eigentliche Anliegen dieser Arbeit
nicht darin besteht, die durchschnittlichen Verweildauern in
der Klinik bei den verschiedenen psychiatrischen Krankheits-
gruppen herauszufinden.

4. Zusammenfassender Überblick über die Ergebnisse der Untersuchung und Deutungsversuche

Das Grundgerüst hierfür bilden die drei Grundanliegen der Arbeit, die in der Einleitung genannt sind und in etwa mit den drei Fragekreisen A, B und C des Fragebogens übereinstimmen.

In erster Linie werden die statistisch auffälligen und die statistisch signifikanten Ergebnisse betrachtet. Diese Tatsache wird deshalb im folgenden nicht mehr besonders erwähnt. Soweit auch statistisch unauffällige Ergebnisse berücksichtigt werden, wird im Text, soweit es notwendig ist, darauf hingewiesen.

4.1 Kollektivunterschiede

Die Gruppen der Response- und Non-Response-Patienten unterscheiden sich hinsichtlich der Geschlechtsverteilung und der Verteilung der drei häufigsten Diagnosegruppen.

- a. Frauen haben die Beantwortung des Fragebogens häufiger abgelehnt als Männer. Als Folge ergibt sich eine gewisse "Männerlastigkeit" der Aussagen, die mittels des Fragebogens gewonnen worden sind.

Andrerseits aber erhalten dadurch Ergebnisse, bei denen die Antworten der Frauen in inselnderer Richtung überwiegen, besonderes Aussagegewicht.

Gründe dafür, warum Frauen den Fragebogen häufiger als Männer nicht beantwortet haben, lassen sich nur vermuten:

- Knapp die Hälfte der Frauen, die die Fragebogenbeantwortung abgelehnt haben, sind Hausfrauen. Es ist vorstellbar, daß diese allen "Schreibereien" etwas unsicher und abwehrend gegenüberstehen. In verschiedenen Fällen wurde mir dies angedeutet, und in diese Richtung weist auch,

daß 13 von 17 Patienten, die den Fragebogen mit meiner Assistenz ausgefüllt haben, Frauen sind.

- Unter den Non-Response-Patienten überwiegen Patienten mit einer Affektiven Psychose. Nicht untersucht, aber aus dem Vorhergehenden anzunehmen ist, daß diese Patienten vorwiegend Frauen sind. In das Bild der Affektiven Psychose (zumal die Mehrzahl in der Untersuchung Depressionen darstellt) paßt gut, daß die Beantwortung eines Fragebogens abgelehnt wird.

b. Unter den Non-Response-Patienten überwiegen Patienten mit einer Affektiven Psychose. Daraus folgt, daß bei Response-Patienten die Gruppen mit einer Schizophrenie bzw. Neurose etwas Übergewichtig vertreten sind. Somit haben Ergebnisse der Fragenbogenuntersuchung, in denen die Patientengruppe mit einer Affektiven Psychose in irgendeiner Richtung auffällt, besondere Aussagekraft.

4.2 Ergebnisse der Befragung mittels Fragebogen

Vorausschicken muß ich, daß die Bezugsetzung von Frageergebnissen zum Stand oder zur beruflichen (Un-)Selbständigkeit jeweils zeigen soll, ob bestimmte häusliche oder berufliche Gegebenheiten für den Patienten, d.h. ob Rollen, die der Patient außerhalb der Klinik vertritt, Einfluß auf sein Erleben in der Klinik nehmen.

4.2.1 Ergebnisse zum 1. G r u n d a n l i e g e n der Arbeit

Hat der Patient bei Klinikeintritt eine Vorstellung über die Länge des bevorstehenden Klinikaufenthalts? Ändert sich diese im Laufe seines Aufenthalts? Welche Gründe sind dafür zu fin-

den? Stimmt die abgeänderte Meinung über die Verweildauer annähernd mit der tatsächlichen Aufenthaltsdauer überein?

Antwort auf diese Fragen gibt Fragenkreis A, A 1 bis A 2,3.

Die überwiegende Mehrheit der Patienten kommt mit einer bestimmten Vorstellung über ihre Verweildauer in die Klinik. Diese Meinung stimmt jedoch größtenteils nicht mit der tatsächlichen Verweildauer überein, wird auch nicht beeinflusst von vorhergegangenen Klinikaufenthalten und ist unabhängig von der Krankheit und vom Geschlecht. Zwischen der Vorbildung des Patienten und seiner Vorstellung über die Verweildauer bei Klinikeintritt besteht ein Zusammenhang. Patienten mit höherer Schulbildung und akademischer Ausbildung kommen im Gegensatz zu Patienten mit Volks- und Berufsschulbildung fast alle mit einer konkreten Zeitvorstellung hinsichtlich der Aufenthaltsdauer in die Klinik.

Knapp die Hälfte der Patienten ändert die ursprüngliche Vorstellung über die Verweildauer in der Klinik innerhalb des dreiwöchigen Klinikaufenthalts (Zeit vor der Befragung) ab. Die Länge des Aufenthalts beschäftigt diese Patienten also. Das bedeutet, daß sie an ihre Zukunft denken, mit ihr rechnen, für sie planen. Aus dieser Überlegung heraus ist wichtig, daß zwischen der Änderung der Ansicht über die Aufenthaltsdauer und den drei häufigsten Diagnosegruppen kein Zusammenhang besteht. Das deutet auf keine Unterschiede im Zeiterleben bei den Gruppen Schizophrenie, Affektive Psychose und Neurose hin.

Die Gründe für die Abänderung der ursprünglichen Vorstellung über die Verweildauer durch den Patienten sind im wesentlichen zwei:

- Einschätzung des gesundheitlichen Befindens durch den Patienten selbst (bei mehr als der Hälfte der Fälle),
- Folgerungen des Patienten aus diagnostischen

und therapeutischen Maßnahmen um ihn (bei knapp einem Fünftel der Fälle).

Wie man sieht, Überdenken die Patienten, von denen eine Zukunftserwartung vermutet werden kann, ihre Lage selbst, stehen also im jeweils gegenwärtigen Geschehen und korrigieren an dieser Erfahrung ihr Zukunftsbild. Meine Deutung steht somit in einem gewissen Widerspruch zur Regressionstheorie über den Klinikpatienten.

Die neue abgeänderte Vorstellung des Patienten über die Länge seines Aufenthalts in der Klinik stimmt, wie auch seine ursprüngliche Vorstellung, überwiegend nicht mit seiner tatsächlichen Aufenthaltsdauer überein, vielmehr ist die tatsächliche Verweildauer in den meisten Fällen, z.T. erheblich, länger als die abgeänderte Meinung des Patienten darüber. Es wäre interessant, die Gründe für diese Diskrepanz zwischen der Einschätzung des Patienten und der Wirklichkeit zu wissen. Dem Zeitpunkt meiner Befragung (drei Wochen nach Klinikeintritt des Patienten) gebe ich daran keine Schuld, denn ein Fünftel der befragten Patienten war spätestens vier Wochen nach Klinikeintritt entlassen, mehr als ein weiteres Viertel in der Zeit von vier bis sechs Wochen nach Klinikeintritt. Zumindest bei diesen zwei Patientengruppen hätte sich ein Zusammenhang zeigen können, und dies war nicht der Fall.

4.2.2 Ergebnisse zum 2. G r u n d a n l i e g e n der Arbeit

Wie ist der Kontakt des Patienten zum Arzt hinsichtlich der Frage des Entlassungstermins? Ist daraus auf die Arzt-Patienten-Beziehung in der Klinik ein Rückschluß zu ziehen? Wie würde sich der Patient das Verhalten des Arztes hinsichtlich der Mitteilung des Entlassungstermins wünschen? Kennt der Patient drei Wochen nach Klinikeintritt seinen voraussichtlichen Entlassungstermin? Wenn ja, ist die Erlangung dieses Kenntnis von bestimmten Gegebenheiten abhängig? Gibt es für den Zeitpunkt der Mitteilung des Entlassungstermins gewisse Gepflogenheiten in der Praxis?

Antwort auf diese Fragen zu erlangen ist das Ziel im Fragenkreis B, B 1 bis B 4,2.

Die Hälfte der Patienten hat den Arzt in den drei Wochen seit Klinikeintritt nach dem Entlassungstermin gefragt, ein Drittel hat (noch) nicht gefragt. Ob ein Patient wegen der Frage des Entlassungstermins an den Arzt herantritt oder nicht, steht in keinem Zusammenhang mit seinem Stand, seinem Beruf oder seinem Geschlecht. Statistisch zwar nicht auffällig, aber von einer Betrachtung der Zahlenverteilung her doch ins Auge springend, ist die Erscheinung, daß über die Hälfte der Patienten mit einer Affektiven Psychose noch nicht wegen ihres Entlassungstermins nachgefragt haben im Vergleich zu einem Drittel bei den Schizophrenie-Patienten und nur einem Viertel bei den Neurose-Patienten. Im Widerspruch zur Deutung der Tatsache, daß Patienten aller drei untersuchten Diagnosegruppen ohne Unterschied ihre Vorstellung von der Verweildauer abgeändert haben, kann man hier bei den Patienten mit einer Affektiven Psychose eine andere Weise der Beziehung zur Zeit und zur Zukunft vermuten als bei den Schizophrenie- und Neurose-Patienten.

Drei Viertel aller Response-Patienten haben die Frage nach dem Entlassungstermin nicht unterdrückt, weniger als ein Viertel der Patienten bejaht es. Dieses Verhalten der Patienten steht in keinem Zusammenhang mit dem Geschlecht und dem Beruf. Geschlecht und Beruf wurden deshalb in Beziehung gesetzt, weil sie möglicherweise die Einstellung zu einer vorgesetzten Autorität beeinflussen. Der tiefere Grund der gestellten Frage aber war ja, ob der Arzt vom Patienten noch als vorgesetzte Autorität, deren Walten man nicht stören darf, erlebt wird. Soweit man nicht einwendet, daß die Formulierung der Frage diesen tieferen Grund nicht anspricht, kann man feststellen, daß der Patient den Arzt nicht (mehr?) als unzugängliche, unansprechbare Autorität empfindet. Warum Patienten, die zum zweitenmal in die Klinik gekommen sind, die Frage nach dem Entlassungstermin häufiger (wenn auch nicht in statistisch auffälliger Weise) unterdrückt haben als die Patienten, die das erstemal oder das drittemal und öfter in der Klinik weilen, kann ich nicht erklären. Sollte der zweite Klinikaufenthalt für den Patienten eine gewisse deprimierende Wirkung haben?

In die Richtung einer gewissen Emanzipierung des Patienten dem Arzt gegenüber weist auch, daß nur 5 Patienten von 39, die einen Grund für die Unterdrückung der Frage nach dem Entlassungstermin angegeben haben, sagen, der Arzt solle selbst über den Entlassungstermin entscheiden, ohne daß er bedrängt sei.

Die Meinung des Patienten darüber, ob der Arzt unaufgefordert den Entlassungstermin mitteilen und sich daran halten solle, ist im wahrsten Sinne des Wortes nahezu geteilt, 79 Patienten bejahen, 69 Patienten verneinen, unabhängig davon, welchem Stand sie angehören, welchem Beruf und Geschlecht, und wie oft sie schon in der Klinik waren. Der Arzt in der Klinik kann also hier keine Hinweise für ein besseres Verhalten seinerseits in der Entlassungsfrage finden, eher wird seine bis-

herige Verfahrensweise als richtig bestätigt.

Ein Drittel der Response-Patienten kennt nach drei Wochen den voraussichtlichen Entlassungstermin, knapp zwei Drittel nicht. Fragt der Patient nach dem Entlassungstermin, so ist die Chance, daß er darüber in Kenntnis gesetzt wird, größer, als wenn er nicht fragt. Auffällig, wenn auch statistisch nicht bewiesen, ist, daß Patienten mit einer Affektiven Psychose ihren Entlassungstermin viel weniger kennen als Schizophrenie- und Neurose-Patienten. Das erhärtet die vorangegangene Aussage: wer fragt, weiß mehr. Patienten mit einer Affektiven Psychose haben bekanntlich in geringerer Zahl nach dem Entlassungstermin gefragt (siehe oben!). Ob bei dieser Krankheitsgruppe eine Prognose der Verweildauer schwieriger zu stellen ist als bei den anderen Krankheitsgruppen, kann ich nicht abschätzen. Auch das spielt möglicherweise bei dem vorgestellten Ergebnis eine Rolle.

Die Mehrzahl der Patienten, die einen Zeitpunkt nennen, zu dem sie ihren Entlassungstermin erfahren haben, geben die dritte Woche ihres Aufenthalts an. Es läßt sich kein Zusammenhang mit dem Zeitpunkt der ersten Frage des Patienten nach dem Entlassungstermin finden, ebensowenig wie mit der tatsächlichen Aufenthaltsdauer oder der Diagnosegruppe, in die der Patient einzuordnen ist. Ist es also Brauch in der Klinik, etwa in der dritten Woche eine Entlassung des Patienten ins Auge zu fassen? Das würde bedeuten, daß in der Frage der Entlassung weniger vom Patienten als von klinikinternen, verwaltungstechnischen Gegebenheiten aus entschieden wird. Zur Abschwächung dieser Vermutung muß ich deshalb betonen, daß nur etwa ein Drittel aller Response-Patienten einen Zeitpunkt nennt, an dem sie ihren Entlassungstermin erfahren haben.

4.2.3 Ergebnisse zum 3. Grundanliegen der Arbeit

Bedeutet die Ungewißheit über den Entlassungstermin für den Patienten subjektiv eine Beeinträchtigung seines Befindens in der Klinik? Welche Gründe nennt er für diese Beeinträchtigung oder Nichtbeeinträchtigung? Treten als Folge der ungewissen Verweildauer beim Patienten Resignation oder Aggressionen und körperliche Befindensänderungen auf? Beginnt der Patient nach Verweigerung einer Auskunft über den Entlassungstermin am Wert der Klinikbehandlung zu zweifeln?

Mit Fragenkreis C, C 1 mit C 5 und mit A 3 wird eine Antwort auf diese Fragen gesucht.

Ein Fünftel aller Response-Patienten ist wegen der Ungewißheit über den Entlassungstermin beunruhigt, etwas weniger als drei Viertel der Response-Patienten nicht. Ob ein Patient sich beunruhigt fühlt oder nicht, steht in keinem Zusammenhang mit seinem Stand, mit der Häufigkeit seiner Klinikaufenthalte oder mit seiner beruflichen (Un-)Selbstständigkeit. Dagegen ist die Beunruhigung abhängig von der Diagnose des Patienten. Schizophrenie-Patienten sind mehr beunruhigt als Patienten mit einer Affektiven Psychose oder Neurose (bei den letzteren ist der Anteil extrem niedrig).

Den Anteil der Patienten, die sich wegen der Ungewißheit über den Entlassungstermin beunruhigt zeigt, halte ich für relativ gering. Die Frage der zeitlichen Ordnung der nächsten Zukunft scheint für den psychiatrischen Kranken weniger gewichtig zu sein als für den Gesunden. Das unterschiedliche Ausmaß der Beunruhigung bei den drei häufigsten Diagnosegruppen weist wieder auf ein verschiedenes Zeiterleben bei diesen hin.

Nimmt man die Antwortgruppen "keine Angabe" und "andere Angaben" von der Zählung aus, so nennt ein Drittel aller Response-Patienten als Grund für die Nichtbeunruhigung "Vertrauen

zur Arzt". Etwas weniger als ein Sechstel aller Response-Patienten gibt eine negative Einstellung zur Klinik und zum Klinikaufenthalt zu erkennen. Mehr als ein Fünftel der Patienten begründet mit einer hinnehmenden bis positiven Einstellung zum Klinikaufenthalt seine Nichtbeunruhigung. Ein Viertel der Patienten führt als Grund "eigene Beurteilung der Krankheit und der Maßnahmen um sie" an. Diese Patientengruppe kann man als die emanzipierte der an erster Stelle genannten gegenüberstellen, die sich "kindlich" vertrauend (regressiv?) dem Walten des Arztes überläßt. Daß nur ein kleiner Teil der Patienten ausdrücklich seine Abneigung gegen die Klinik zu erkennen gibt, müßte die Reformer des Klinikwesens etwas nachdenklich stimmen. Ganz an den Bedürfnissen des Patienten scheinen die bestehenden Verhältnisse in der Klinik doch nicht vorbeizugehen. Natürlich ließe sich dagegen einwenden, das Bewußtsein des Patienten habe sich den Verhältnissen angepaßt.

Von allen untersuchten möglichen Zusammenhängen mit anderen Faktoren deutet sich nur einer zur Diagnosegruppe des Patienten an (nicht statistisch bewiesen). Schizophrenie-Patienten zeigen im Vergleich zu Patienten mit einer Affektiven Psychose und Neurose am meisten eine negative Einstellung zur Klinik und zum Klinikaufenthalt. Das paßt zur Tatsache, daß sie sich auch viel häufiger als die beiden anderen Patientengruppen wegen der Ungewißheit über den Entlassungstermin beunruhigt fühlen. Bei ihnen muß der Klinikaufenthalt eine innere Spannung hervorrufen oder, wenn schon vorhanden, verstärken.

Gefühle der Resignation infolge der Ungewißheit über Länge der Verweildauer in der Klinik gibt ein Drittel aller Response-Patienten an, etwas weniger als zwei Drittel verneinen dies. Es hat sich dabei gezeigt, daß Patienten, die sich beunruhigt fühlen, überwiegend auch Gefühle der Resignation er-

leben. Derartige Gefühle sind außerdem auch vom Alter abhängig (Patienten bis zu ungefähr 30 Jahren resignieren viel häufiger), von der Häufigkeit des Klinikaufenthalts (je öfter ein Patient schon in der Klinik weilte, desto weniger gibt er Gefühle der Resignation an) und vom Geschlecht (Männer bejahen im Gegensatz zu den Frauen zu einem großen Teil Resignationsgefühle). Vielleicht ist es so, daß jüngere Patienten noch mehr als ältere in die Zukunft hinein leben. Zudem fehlt ihnen z.T. die Erfahrung mehrmaliger Klinikaufenthalte. Wiederholter Klinikaufenthalt scheint beim Patienten einen gewissen Lernprozeß in der Frage des Entlassungstermins zu bewirken. Er erlebt zwar genauso wie Patienten, zum erstenmal in der Klinik weilen, eine Beunruhigung wegen der Ungewißheit über den Entlassungstermin, aber sie schlägt anscheinend weniger häufig in Resignation um wie bei "Klinikneulingen". Daß Frauen weniger als Männer Gefühle der Resignation angeben, hat mich überrascht. Um eine Erklärung bin ich verlegen.

Nicht statistisch bewiesen, aber auffallend ist, daß Patienten mit einer Affektiven Psychose weniger häufig als vor allem Schizophrenie-Patienten eine Resignation bejahen. Ich sehe diese Feststellung als weiteren kleinen Baustein zu der schon geäußerten Vermutung an, daß zwischen den drei häufigsten Krankheitsgruppen ein Unterschied in der Einstellung zur Zeit und zur Zukunft besteht.

Weiterhin ergab sich, daß es nicht berechtigt ist, eine Änderung der Vorstellung über die Verweildauer durch den Patienten während seines Klinikaufenthalts als Zeichen für eine resignative Anpassung anzusehen. Das erhärtet den Wahrheitsgehalt der Begründungen, die von den Patienten für die Abänderung ihrer Ansichten genannt worden sind.

Gefühle der Aggression werden nur von knapp ein ⁶⁷Fünftel aller Response-Patienten angegeben, zwei Drittel aller Response-Pa-

tienten verneinen sie. Damit tritt Resignation fast zweimal so häufig als Folge der Ungewißheit über den Entlassungstermin auf als Aggression. Nur in ein Fünftel aller Fälle von Aggression wird Aggression gegen den Arzt genannt. Aggression gegen die Umgebung in etwas weniger als der Hälfte und Aggression gegen sich selbst in fast drei Viertel aller betreffender Fälle. Wo liegen die Gründe für diese ansteigende Heilung? Gerade auch, wenn die Angaben in dieser Häufigkeitsverteilung nicht ganz den Tatsachen entsprechen sollten, kann man die geringen Aggressionen gegen den Arzt als Indiz für eine gewisse Subordination des Patienten unter die Autorität des Arztes auslegen. Das wiederum würde die Regressionstheorie über den Klinikpatienten stützen. Die Regression bringt jedoch keine Lösung von Spannungen, wenn sich die Aggression möglicherweise gegen den Patienten selbst richtet. Heilungsfördernd kann dies kaum sein.

Zwischen der Beunruhigung über die Ungewißheit des Entlassungstermins und Gefühlen der Aggression besteht wie schon bei den Resignationsgefühlen ein Zusammenhang. Patienten, die sich beunruhigt fühlen, zeigen zur Hälfte auch Gefühle der Aggression, während Aggression von Nichtbeunruhigten nur zu einem ganz kleinen Teil bejaht wird. Ungewißheit über den Entlassungstermin, Beunruhigung, Resignation und Aggression bilden also eine Folgekette, allerdings betrifft sie nur ein Fünftel aller Response-Patienten.

Im Gegensatz zu den Angaben über eine Resignation läßt sich bei der Aggression keine Beziehung zur Häufigkeit des Klinikaufenthalts feststellen. Eine Beziehung zur Geschlecht fand sich nur bei Aggression gegen sich selbst. Fast ein Fünftel aller Männer gibt solche Gefühle an, dagegen nicht einmal ein Zehntel bei den Frauen. Damit erwies sich meine Vermutung als falsch, daß zu dieser Form der Aggression wohl eher Frauen neigen.

Der gleiche Zusammenhang wie bei der Resignation ergab sich auch bei der Aggression mit dem Alter. Patienten bis zu 30 Jahren neigen viel mehr zu Aggressionsgefühlen als Patienten über 30 Jahren. Was schon bei der Resignation dazu gesagt wurde, gilt auch hier. Allerdings ist die Häufigkeit des Klinikaufenthalts ohne Einfluß auf die Entwicklung von Aggressionsgefühlen, anders wie bei Gefühlen der Resignation.

Was sich bei der Resignationsbetrachtung nur andeutete, konnte bei der Aggression als echte Beziehung festgestellt werden: Schizophrenie-Patienten neigen in großem Ausmaß zu Gefühlen von Aggression im Gegensatz zu den Patienten mit einer Affektiven Psychose und Neurose-Patienten. Wie schon bei der Betrachtung der Resignation möchte ich auch hier darauf hinweisen, daß möglicherweise der genannten Tatsache eine unterschiedliche Weise des Zeit- und Zukunftserlebens bei den drei angeführten Krankheitsgruppen zugrunde liegt. Andererseits ist zu erwägen, ob der Schizophrene nicht von vornherein aggressionsbereiter als Kranke der beiden anderen Gruppen ist.

Anders als bei den Gefühlen von Resignation besteht zwischen Aggressionsgefühlen und der Unterdrückung der Frage nach dem Entlassungstermin ein Zusammenhang. Von den "Aggressionspatienten" ist öfter diese Frage unterdrückt worden als von Patienten, die keine Aggressionsgefühle nennen. Man kann sich vorstellen, daß in den Erstgenannten folgendes Geschehen abläuft: Beunruhigung über die Ungewißheit der Verweildauer
 ----> keine Aufhebung oder Verringerung der Beunruhigung
 durch Fragen nach dem Entlassungstermin ----> innerer Stau
 ----> Aggression.

Interessanterweise bejahen 21 der 30 Patienten, die Aggressionsgefühle angeben, gleichzeitig auch Gefühle von Resignation.

Sind Resignation und Aggression nebeneinander gleichzeitig möglich?

Bei knapp ein Sechstel aller Patienten, die Resignations- oder Aggressionsgefühle angeben, haben sich diese in Handlungen geäußert. Ein Zusammennang dieser Handlungen mit anderen Erhebungsdaten fand sich nicht. Das spricht dafür, daß diese Handlungen wirklich den genannten Gefühlen entspringen. Als Handlungen wurden vor allem Fluchtversuch und Selbstmordgedanken angegeben.

Von den Patienten, denn eine Auskunft auf ihre Frage nach dem Entlassungstermin verweigert worden ist, führen knapp ein Sechstel subjektiv bei sich festgestellte körperliche Befindensänderungen auf diese Auskunftsverweigerung zurück. Darauf, daß diese körperliche Befindensänderung tatsächlich vorwiegend mit der Verweildauer zu tun hat und weniger mit der Krankheit oder den Medikamenten, wie angenommen werden könnte, scheinen folgende Ergebnisse hinzuweisen:

Es besteht kein Zusammenhang zu den drei untersuchten Diagnosegruppen, jedoch dazu, ob der Patient wegen der Ungewißheit über den Entlassungstermin beunruhigt ist oder nicht. Bei den Patienten, die sich beunruhigt fühlen, treten körperliche Befindensänderungen gehäuft auf.

Unter den angegebenen körperlichen Befindersänderungen steht Appetitlosigkeit (11-mal genannt) an 1. Stelle, dahinter folgt Schwäche (6-mal genannt). Außerdem wurden Niedergeschlagenheit, Lustlosigkeit, "inneres Drücken", "Übelkeitsreizung" genannt.

Von den Patienten, die Veränderungen in ihrem Gefühlsleben oder in ihrem körperlichen Befinden während des Klinikaufenthalts auf die Ungewißheit über den Entlassungstermin zurückführen, gibt knapp ein Achtel an, daß die Veränderungen vorbeigegangen seien, bevor der Arzt ihnen den voraussichtlichen Entlassungstermin genannt hat. Über die Hälfte der von der Frage betroffenen Patienten verneint dies. Entweder haben die

Patienten, bei denen die Veränderungen vergangen sind, eine deren angebliche Ursache beseitigt war, ihr Problem innerlich selbst gelöst, oder die genannten Veränderungen beruhten doch auf anderen Faktoren als der Ungewißheit über die Verweildauer in der Klinik.

Von den Patienten, die auf ihr Fragen nach dem Entlassungstermin keine Auskunft erhalten haben, verneint die überwiegende Mehrheit (vier Fünftel), daß sie daraufhin am Wert der Klinikbehandlung gezweifelt habe. Nur 6 % (8 Pat.) bejahen dies. Sie halten auch den Klinikaufenthalt überwiegend für unnötig lange, eine Meinung, die von den Patienten, die am Wert der Klinikbehandlung nicht zweifeln, nur in ein Viertel der Fälle vertreten wird.

Alle genannten 8 Patienten geben Gefühle der Aggression an, davon 7 Patienten gleichzeitig auch solche der Resignation. Nur ein Patient von ihnen verneint eine Beunruhigung wegen der Ungewißheit über den Entlassungstermin.

Diese 8 Patienten spiegeln die psychische Situation wider, die im schlechtesten Fall ein Klinikaufenthalt in den Patienten bewirken kann. In einem solchen Fall ist eine Mitarbeit des Patienten an der Therapie durch den Arzt nicht mehr zu erwarten. Glücklicherweise zeigten alle vorhergenannten Ergebnisse, daß die Patienten in ihrer Mehrzahl so dem Klinikaufenthalt nicht erleben, sondern daß sie trotz Beunruhigung usw. wegen der Ungewißheit über den Entlassungstermin den Klinikaufenthalt und die Klinikbehandlung für sinnvoll erachten.

In diesem Zusammenhang sollen zuletzt die Ergebnisse zu der Frage betrachtet werden, ob der Patient den Klinikaufenthalt für unnötig lange ansehe. Ein Fünftel aller Response-Patienten bejaht, drei Viertel der Fälle verneint die Frage, und von den Patienten, die bejahen, zweifelt, wie schon erwähnt, nur ein kleiner Teil am Wert der Klinikbehandlung. Entgegen

der Vermutung, daß beruflich Selbständige aus ihrer Situation mit ihren Folgen heraus (z.B. keine Lohnfortzahlung) schneller des Klinikaufenthalts überdrüssig werden, hat die Untersuchung gezeigt, daß gerade sie geschlossen die bisherige Verweildauer bejahen im Unterschied zu den Unselbständigen. War zum Untersuchungszeitraum eine wirtschaftliche Rezession, so daß der Arbeitnehmer um seinen Arbeitsplatz fürchten mußte? Sehen beruflich Selbständige den Klinikaufenthalt als nicht ganz unliebsame Möglichkeit an, der beruflichen Anspannung zu entkommen? Stichhaltige Gründe liefern diese Vermutungen für die aufgezeigte Tatsache nicht.

Nur knapp ein Fünftel der Patienten, die der Klinikaufenthalt als unnötig lange bewerten, werden in der auf die Befragung folgenden Woche (4. Woche ihres Klinikaufenthalts) entlassen. Die Mehrheit der Patienten war jedoch z.T. noch erheblich länger in der Klinik. Daß dieser Umstand der psychischen Situation der Patienten und ihrer Mitwirkungsbereitschaft an der Therapie keinesfalls förderlich sein kann, ist gut vorstellbar. So zeigte die Untersuchung auch, daß von Patienten, die den Klinikaufenthalt für unnötig lange ansehen, häufiger Gefühle der Resignation und Aggression angegeben werden als von Patienten, die mit der Verweildauer einverstanden sind.

4.3 Einfluß der Umstände von Fragebogenausgabe und -rückgabe ----- auf die Beantwortung der Fragen -----

Der Umstand der Fragebogenausgabe hatte keinen Einfluß auf die Beantwortung der drei Fragen des Fragebogens, die zur Prüfung eines solchen Einflusses gewählt worden waren. Es wirkte sich also nicht aus, ob ich den Fragebogen dem Patienten persönlich überreichte oder nicht. Auch eine eingeschränkte Bereitwilligkeit zum Ausfüllen des Fragebogens von Seiten des Patienten schlug sich anscheinend nicht in den Antworten des Patienten nieder.

Welche Fragen für diese Untersuchung gewählt worden sind, ist im 2. Teil/3.3.5 zu ersehen. Es handelt sich um solche Fragen, von denen ich angenommen habe, daß sie eventuell den Patienten verleiten, seine tatsächliche Situation zu beschönigen.

Die gleichen drei Fragen wurden auch dazu benützt, um Zusammenhänge zwischen dem Umstand der Fragebogenrückgabe und der Beantwortung der Fragen aufzudecken.

Es zeigte sich, daß zwischen dem Verhalten der Patienten bei Fragebogenrückgabe und der Begründung der (Nicht-)Beunruhigung wegen der Ungewißheit über den Entlassungstermin eine Beziehung besteht. In auffallender Weise gaben Patienten, die den Fragebogen mit meiner Assistenz ausgefüllt hatten, als Grund für ihre Nichtbeunruhigung vor allem eine hinnehmende bis positive Einstellung zum Klinikaufenthalt an, und nur in einem Fall wurde keine Angabe gemacht.

Hier scheine ich als Hilfsperson beim Ausfüllen des Fragebogens doch von einem gewissen Einfluß gewesen zu sein. Eine Verfälschung der Untersuchungen meine ich aber trotzdem ausschließen zu können, da lediglich ein Zehntel aller Patienten den Fragebogen mit mir zusammen ausgefüllt hat.

Die vorgestellte Untersuchung kann vielleicht auch als kleiner Wahrheitstest betrachtet werden. Patienten, die den Fragebogen beim 1. Abholtermin abgegeben haben, nennen häufiger als Patienten, die diesen frühestens beim 2. Abholtermin zurückgegeben haben und bei den vorhergehenden Abholterminen nicht ausgefüllt hatten, unter den Begründungen "Vertrauen zum Arzt" und eine "hinnehmende bis positive Einstellung zum Klinikaufenthalt". Bei letzteren werden auffallend oft keine Angaben gemacht. Geben Patienten beim 1. Abholtermin den Fragebogen zurück, haben sie nichts vielleicht Unangenehmes für den Untersucher mitzuteilen. Deshalb erledigen sie das Fragebogenausfüllen schnell. Das Umgekehrte scheint bei Patienten der Fall zu sein, die nach ihrer Vermutung Unangenehmes zu antworten haben.

Das Verhalten des Patienten bei Fragebogenrückgabe und Inhalt seiner Antwort passen also zusammen, das von ihm Gesagte erscheint wahr - wenn man meine vorangegangene Interpretation gelten läßt.

4.4 Hinweise für den Arzt in der Klinik

Der Arzt in der Klinik muß damit rechnen, daß der Patient mit einer bestimmten Vorstellung über seine Verweildauer in die Klinik kommt. Besonders muß er dies bei Patienten mit einer höheren- oder einer Hochschulbildung erwarten.

Die Frage des Entlassungstermins beschäftigt den Patienten, auch wenn er damit nicht an den Arzt herantritt. Patienten mit einer Affektiven Psychose ist das Wissen des Entlassungstermins weniger wichtig als Schizophrenie- und Neurosepatienten.

Ein Zeitpunkt, wann Patienten nach Klinikeintritt am häufigsten zum erstenmal die Frage nach dem Entlassungstermin stellen, kann nicht genannt werden. Das bedeutet, daß der Arzt sich nicht auf eine bestimmte Frist einstellen kann, in der er nicht um Auskunft wegen des Entlassungstermins gebeten wird.

Die Patienten besitzen keine einheitliche Meinung darüber, ob der Arzt von sich aus den Entlassungstermin mitteilen und sich daran halten soll oder nicht. Damit wird die bisherige Praxis des Arztes in dieser Angelegenheit praktisch anerkannt.

Wenn der Patient nach dem Entlassungstermin fragt, erhält er mit größerer Wahrscheinlichkeit eine Auskunft, als wenn er die Frage unterläßt. Der Arzt ist also vielfach imstande, einen Termin für die Entlassung zu nennen, teilt ihn jedoch ungefragt nicht dem Patienten mit. Zu empfehlen ist, daß der Arzt den Termin mitteilt, da die Ungewißheit über den Entlassungstermin den Patienten beunruhigt, Gefühle der Resignation und Aggression und körperliche Befindensänderungen bei ihm hervorruft.

Fruchtbar ist es vielleicht, wenn sich der Arzt in der Klinik fragt, warum gerade in der 3. Woche nach Klinikeintritt eines

Patienten Auskunft über die Entlassung erteilt wird, unabhängig davon, wann der Patient zum erstenmal danach gefragt hat, und von anderen Faktoren.

Männer sind ansehnend empfindsamer als gemeinnin angenommen wird. Sie zeigen sowohl mehr Gefühle der Resignation als auch der Aggression gegen sich selbst als Frauen. Vielleicht sollten Männer gerade auch hinsichtlich der Frage des Entlassungstermins aufmerksamer als bisher behandelt werden.

Es ist zu verstehen, wenn es dem Arzt angenehm ist, wegen des Entlassungstermins nicht mit Fragen vom Patienten bedrängt zu werden. Keinesfalls aber sollte er durch sein Verhalten gegen den Patienten darauf hinwirken, daß dieser sein Fragen unterläßt. Es zeigte sich, daß Patienten, die ihre Frage nach der Länge der Verweildauer unterdrückten, in verstärktem Maß Gefühle der Aggression empfinden.

Zuletzt sei noch darauf hingewiesen, daß beruflich Selbständige nicht so sehr eine Entlassung herbeisehnen als beruflich Unselbständige. Vielleicht ist dieses Ergebnis für den Arzt in der Klinik genauso eine Überraschung, wie es eine für mich war, und vielleicht auch eine gewisse Entlastung für ihn.

4.5 Vergleich der Ergebnisse mit Angaben in der Literatur

4.5.1 Zeit-, Zukunftserleben (vgl. 1. Teil/3.)

Eine Bestätigung für die in der Literatur zu findenden Angaben über soziale Einflüsse auf die Zukunftsplanung des Menschen, ist darin zu sehen, daß Patienten, die bei Klinikeintritt eine Vorstellung über ihre Verweildauer besitzen, die dann im Laufe der ersten Wochen abgeändert wird, signifikant häufiger eine höhere Schulbildung erfahren haben als Patienten, die keine Vorstellung über die Verweildauer in der Klinik besitzen. Gleichzeitig ist damit auch ein unterstützender Hinweis auf die je nach Schichtenzugehörigkeit unterschiedliche Kenntnis über psychische Krankheit und psychiatrische Einrichtungen gegeben, ein Zusammenhang, der in der vorgestellten Literatur aufgezeigt wurde.

Daß die Diagnosegruppe bei dieser Erscheinung keine Rolle spielt, widerspricht den Hinweisen in der Literatur auf Unterschiede im Zeit- und Zukunftserleben bei den verschiedenen großen Gruppen von psychischer Krankheit. Diese Diskrepanz in den Ergebnissen ist jedoch eine Ausnahme. Die übrigen Ergebnisse zum Zeit- und Zukunftserleben in der Arbeit unterstützen die Meinung anderer Autoren, daß in der Affektiven Psychose eine Art innerer Zeitstillstand und ein Desinteresse an der Zeit und vor allem an der Zukunft besteht, während in der Schizophrenie und Neurose unterschiedlichste Zeitveränderungen auftreten.

Zwar nicht statistisch auffällig, aber von den Zahlen her doch ins Auge springend, haben Patienten mit einer Affektiven Psychose viel weniger als Patienten mit einer Schizophrenie oder Neurose nach dem Entlassungstermin gefragt. Neurose-Patienten haben am meisten danach gefragt. Einer Deutung, daß

sie deshalb am meisten zukunftsorientiert seien, widerspricht, daß sie wegen der Ungewißheit über den Entlassungstermin extrem wenig beunruhigt sind. Ob der Gedanke, daß diese Patienten weniger aus Zukunftsorientiertheit als aus Kontaktverlangen den Arzt wegen des Entlassungstermins gefragt haben, diesen Widerspruch verständlich macht, ist hier zu entscheiden nicht möglich. Verschiedene Autoren sprechen ja von einem Zukunftsverlust in der Neurose, der den Erklärungsversuch nicht ganz abwegig erscheinen läßt.

Daß Schizophrenie-Patienten signifikant mehr beunruhigt wegen der Ungewißheit des Entlassungstermins sind als Patienten mit einer Affektiven Psychose und Neurose, bestätigt ebenfalls die allgemeine Ansicht über Unterschiede im Zeiterleben bei den genannten Erkrankungen. Das Ergebnis deutet auf eine größere Zukunftsorientierung der schizophrenen Patienten hin, und konkretisiert damit die in der Literatur zu findende Angabe über unterschiedlichste Zeitveränderungen in der Schizophrenie im Sinne einer vorwiegenden Zukunftsgerichtetheit.

Diese ergänzende Vermutung zu den Literaturangaben wird bestärkt durch das Ergebnis, daß Patienten mit einer Affektiven Psychose signifikant weniger Resignation als Folge der Ungewißheit über den Entlassungstermin zeigen als Schizophrenie-Patienten, die im Gegensatz zu jenen und zu Neurose-Patienten überwiegend Aggressivität zeigen.

Die andere Erklärungsmöglichkeit für das Verhalten des schizophrenen Patienten darf nicht verschwiegen werden. In der Literatur wird auf die große Kontaktangst des Schizophrenen im Gegensatz zur Vereinsamungsangst depressiver Patienten hingewiesen. So ist ein drängender Wunsch nach Entlassung und dementsprechend mehr Beunruhigung wegen der Ungewißheit über deren Zeitpunkt mit den in der Literatur gezeigten Folgen auch aus dieser Angst heraus und nicht aus bevorzugter Zukunftsorientiertheit vorstellbar.

Durch das weitgehend gleichsinnige Verhalten von Neurose-Patienten und Patienten mit einer Affektiven Psychose kann als Hinweis für Literaturangaben gelten, daß in der Neurose besonders ein Verlust der Zukunftsorientierung erfolgt. Er scheint jedoch nicht so stark wie in der Affektiven Psychose zu sein.

Die Ergebnisse der vorliegenden Untersuchung widersprechen somit nicht, mit einer Ausnahme, den Angaben von anderen Autoren über das Zeit- und Zukunftserleben in der Affektiven Psychose, Schizophrenie und Neurose, und lassen eine größere Zukunftsorientiertheit in der Schizophrenie in Erwägung ziehen.

Wie in der Literatur finden sich keine Geschlechtsunterschiede hinsichtlich der Zukunftsbezogenheit.

Darauf, daß das Zeiterleben sich mit dem Lebensalter wandelt im Sinne einer Abnahme der Zukunftsausrichtung mit zunehmendem Alter, wie es im Literaturteil zu lesen ist, weist in der Befragung hin, daß Patienten als Folge der Ungewißheit über den Entlassungstermin umso häufiger Resignation angeben, je jünger sie sind.

Mit Ausnahme des eingangs erwähnten Einflusses der Schulbildung ließen sich keine weiteren sozialen Einflüsse auf das Zeiterleben des Patienten feststellen, was den in der Literatur z.T. erhobenen Bedeutungsanspruch der sozialen Klasse auf die Zeiteinstellung des Patienten etwas schwächt.

4.5.2 A r z t - P a t i e n t e n - B e z i e h u n g (vgl. 1. Teil/4.)

Gegen die Regressionstheorie über den Klinikpatienten spricht, daß die befragten Patienten als Grund für die Abänderung ihrer Ansicht über die Verweildauer in der Klinik am häufigsten zu erkennen gaben, daß diese Abänderung auf ihrer

eigenen Beurteilung der Erkrankung und der vom medizinischen Personal unternommenen Maßnahmen um sie beruhe. Wie weit allerdings die Begründung der Patienten eigener kritischer Einsicht entspringt und nicht Ausdruck einer Introjizierung der Meinung des klinischen Personals ist, ist ungeprüft, muß aber nach den Hinweisen in der Literatur unbedingt bedacht werden.

Ebenfalls der Regressionstheorie widersprechend ist die Tatsache, daß drei Viertel aller Response-Patienten die Frage nach Entlassungstermin nicht unterdrückt haben. Gleichzeitig weist sie darauf hin, daß der Arzt vom Patienten nicht mehr als die große unansprechbare Autorität erlebt wird, wie sie in der Literatur z.T. geschildert wird. Die starke Betonung der Autoritätsstruktur der Arzt-Patienten-Beziehung, die Anklagepunkt von "antipsychiatrischer" Seite her ist, scheint nicht mehr ganz berechtigt an Hand des genannten Ergebnisses, zumindest nicht in der Klinik, in der die vorliegende Untersuchung stattgefunden hat.

Daß die Mehrheit der Patienten keine Beunruhigung wegen der Ungewißheit über den Entlassungstermin empfindet, kann als Stütze für die Regressionstheorie ausgelegt werden. Allerdings gibt ein Viertel dieser Patienten in der Begründung dafür eigene Beurteilung der Erkrankung und der Maßnahmen um sie an. Aber immer noch eine Mehrheit überläßt sich "kindlich vertrauend" dem Arzt und der psychiatrischen Institution.

In dem Ergebnis, daß Aggression, wenn sie angegeben wurde, am wenigsten gegen den Arzt gerichtet war, könnte als ein Indiz dafür gesehen werden, daß der Arzt für den Patienten im wörtlichen Sinn unangreifbare Autorität ist. Damit bekämen die Kritiker der hierarchischen Klinikstruktur recht. Andererseits kann die Ursache dafür auch sein, daß der Arzt sozusagen nicht an der Front des Klinikalltags für den Patienten steht, und ihn somit mögliche Aggression gar nicht treffen kann.

Verschiedene Autoren weisen auf diesen Umstand anschaulich hin.

Im Überblick zeigt sich, daß die Regressionstheorie, die von vielen Autoren vertreten wird, keine widerspruchslöse Bestätigung in der vorliegenden Arbeit gefunden hat, ebensowenig die Vorstellung einer erdrückenden Autoritätsstellung des Arztes.

4.5.3 Frustration - Aggression - Resignation (vgl. 1. Teil/5.)

Unter der Annahme, daß bei Patienten, die beunruhigt sind wegen der Ungewißheit über den Entlassungstermin, diese Ungewißheit ein Frustrationserlebnis darstellt, wird die Ansicht verschiedener Autoren bestätigt, daß Aggression wie Resignation Folgen von Frustration sein können. Patienten, die beunruhigt sind, zeigen überwiegend auch Resignation, und auch Aggression tritt größtenteils bei beunruhigten Patienten auf.

Daß die Ungewißheit über den Entlassungstermin tatsächlich eine Frustration für den Patienten bedeuten dürfte, erscheint nach den ausführlichen Erörterungen zum Zeiterleben, zur Arzt-Patienten-Beziehung u.a. im 1. Teil der Arbeit mehr als wahrscheinlich.

Die in der Literatur vertretene Ansicht, daß Männer mehr als Frauen zu Autoaggressionen neigen, wird in der vorliegenden Untersuchung bestätigt, ebenso die Beobachtung, daß Aggressionen mit dem Alter seltener werden.

Der Erfahrungszuwachs durch wiederholten Klinikaufenthalt, wie er in der Literatur vermutet wird, findet möglicherweise seinen Ausdruck in dem Befund, daß Resignation seltener auftritt, je häufiger der betreffende Patient schon in der Klinik gewilt hat.

Kein Hinweis konnte bei anderen Autoren für das Ergebnis entdeckt werden, daß Resignation häufiger bei Männern als bei Frauen auftritt.

Daß Patienten, die die Frage nach dem Entlassungstermin unterdrückt haben, besonders häufig Aggressionen zeigen, weist auf die Berechtigung der Frustrations-Aggressionstheorie hin, die im 1. Teil der Arbeit beschrieben ist. Die Frustration i.e.S. besteht dabei in der Unterdrückung des Wunsches nach Auskunft über den Entlassungszeitpunkt, die Frustration i.w.S. eventuell in der Unmöglichkeit einer konkreten Zukunftsplanung infolge der Informationslücke.

Das beobachtete gleichzeitige Auftreten von Aggression und Resignation findet seine Entsprechung in der in der Literatur angeführten Ambivalenztheorie im weiteren Sinne.

Der Umschlag der Frustration des Patienten infolge Auskunftsverweigerung auf seine Frage nach dem Entlassungstermin in körperliche Befindensänderungen konnte nicht eindeutig nachgewiesen werden. Immerhin treten solche körperlichen Befindensänderungen gehäuft bei leunruhigten Patienten auf, womit die psychosomatische Grundlage dieser Störungen mindestens zu diskutieren ist. Die von den Patienten genannten körperlichen Erscheinungen stimmen überein mit den in der Literatur als typisch psychosomatisch bedingt dargestellten.

Die von Patienten mit Aggressions- oder Resignationsgefühlen genannten Handlungen als Ausdruck dieser Empfindungen finden sich in der Literatur unter den Begriffen "Vorkommnis" oder "Zwischenfall" in der psychiatrischen Klinik. Der von Kritikern der herkömmlichen psychiatrischen Klinik vertretene Standpunkt, daß diese Erscheinungen keineswegs unberechenbar und uneinsehbar seien, sondern Folge von Frustrationserlebnissen der Patienten, wird durch das vorliegende Ergebnis unterstützt. Denn es läßt sich eine der Einsicht zugängliche

Beziehungskette von den "Zwischenfällen" über Aggression und Resignation zurück zu Frustrationserlebnissen wegen der Ungewißheit über die Entlassung aus der Klinik verfolgen.

Den erwähnten Einzelergebnissen bezüglich Frustration, Aggression und Resignation steht nun aber die Tatsache gegenüber, daß die Mehrzahl der Patienten keine Beunruhigung wegen der Ungewißheit über den Entlassungstermin zeigt, keine Aggression oder Resignation, und den Klinikaufenthalt als sinnvoll betrachtet. Die Verbindung von Frustration, Resignation, Aggression und Vorkommnissen wird dadurch zwar nicht in Frage gestellt, aber die heute so starke Kritik an der psychiatrischen Institution insgesamt. Der psychiatrische Klinikpatient erlebt diese anscheinend nicht als die große Frustration. Andererseits muß die im 1. Teil dargestellte Anpassung des Patienten an die Forderungen und die "Ideologie" der Klinik berücksichtigt werden. Um diese mögliche Anpassung des Patienten zu erfassen, bedürfte es genauerer Untersuchungen.

4.2.4 A n h a n g

Beruflich Selbständige bejahen den Klinikaufenthalt geschlossen, während ihn beruflich Unselbständige zu mehr als einem Drittel für unnötig lange ansehen. Nach den Ergebnissen anderer Autoren stellt die Arbeit in unserem westlichen Kulturkreis einen ich-integrierenden, den Selbstwert des Menschen stabilisierenden Faktor dar. Dieser Einfluß der Arbeit würde jedoch Selbständige wie Unselbständige betreffen. Er kann also nicht die Ursache für das genannte Untersuchungsergebnis sein, außer man postuliert, daß der beruflich Selbständige andere Quellen als die Arbeitsrolle zur Ich-Stabilisierung habe, die ihm auch in der Klinik zur Verfügung stehen.

Auch die andere in der Literatur zu findende Ansicht hilft zur Erklärung des oben genannten Sachverhalts nicht. Sie be-

sagt, daß der Mittelschicht-Patient wegen der als gratifizierend erfahrenen Arbeitsrolle einen großen Wunsch zur Rückkehr in das Arbeitsleben besitze im Gegensatz zum Unterschicht-Patienten, für den die Arbeit allein der materiellen Sicherung diene. Beruflich Selbständige sind nicht als Unterschicht-Angehörige anzunehmen. Somit müßten gerade sie aus der Klinik in das Berufsleben hinausdrängen. Die Ergebnisse der vorliegenden Untersuchung widersprechen damit den Angaben anderer Autoren.

Einflüsse der sozialen Klasse auf die Antworten der Patienten konnten außer bei der vorangegangenen Angabe und der zu Beginn von 4.5.1 genannten nicht gefunden werden, womit das Gewicht, das manche Autoren der Schichtenzugehörigkeit des Patienten in deren psychischem Erleben beimessen, etwas in Frage gestellt wird.

SCHLUSS

1. Mögliche Einwände gegen die Arbeit

Wie im Literaturteil gezeigt wurde, ist die Arztpersönlichkeit von Einfluß auf die Haltung des Patienten zu seiner Krankheit und Therapie. Dieser Einfluß wurde in der vorliegenden Arbeit ungeprüft als Konstante angenommen. Sein Gewicht auf die Einstellung des Patienten zur Entlassung müßte in einer weiteren Untersuchung geprüft werden.

Ebenfalls einer Überprüfung bezüglich der Beeinflussung des Patienten in seiner Haltung zur Frage der Entlassung bedarf die spezifische Gruppensituation, in die der Patient durch sein Leben in einer bestimmten Abteilung und Station, ja, in einem bestimmten gemeinsamen Schlafräum gestellt ist. Die Angaben in der Literatur lassen eine solche Beeinflussung vermuten.

Keine Berücksichtigung fand der Schweregrad der Erkrankung des Patienten in der Untersuchung. Obwohl eine Beeinflussung der Ergebnisse durch diesen Faktor möglich ist, wurde er wegen der Schwierigkeit seiner Bestimmung außer Acht gelassen.

Die möglichen Einwände von psychodiagnostischer Seite werden gesehen. Es wurde versucht, sie in der Untersuchung weitgehend zu berücksichtigen. Was fehlt, ist u.a. eine Kenntnis der Motivation des Patienten, den Fragebogen zu beantworten, und eine Kenntnis von Auftreten und Wirkungsweise des "Diagnostikereffekts". Nach Hartmann (95) kann, jedoch muß letzterer nicht vorhanden sein. Außerdem stellt er fest, daß die Grundlagenforschung zur Psychodiagnostik noch in den Kinderschuhen stecke, und ermutigt deshalb zum eigenen, wenn auch möglichst kritischen Vorgehen, um den Informationsfluß zu steigern. Sader und Keil (nach Hartmann, 95) schließlich betonen als immer noch letztlich bedeutend für den Testprakti-

ker die "Intuition" und den gesunden Menschenverstand.

Die zahlreichen kleineren Einzelergebnisse ohne große Tiefenpräzisierung mögen Anlaß für Einwände gegen die vorliegende Arbeit sein. Da jedoch in der durchgesehenen Literatur keine Untersuchung zur Verweildauer und zum Problem der Entlassung aus der Sicht des Patienten zu finden waren, sollte vor allem einmal Material unter diesem Gesichtspunkt gewonnen werden, das dann Hinweise für mögliche spätere Einzeluntersuchungen zur genaueren Differenzierung und Prüfung der Thematik liefern.

2. Ausblick

Die vorliegende Untersuchung und ihre Ergebnisse mögen als Aufforderung verstanden werden, das Problem der Entlassung des Patienten aus der Klinik und die Verweildauer des Patienten in der Klinik weniger vom wirtschaftlich-ökonomischen Standpunkt aus zu sehen, sondern auch dabei zuerst den Patienten mit seinen Bedürfnissen und Wünschen zu berücksichtigen.

Die Kriterien, nach denen Patienten für die vorliegende Untersuchung gewählt wurden, lassen viele Möglichkeiten, das Problem der Entlassung aus der Sicht des Patienten auch unter anderen Ausgangsbedingungen zu untersuchen. Wie ändert sich z.B. die Einstellung des Patienten zum Klinikaufenthalt, wenn er nicht freiwillig in die psychiatrische Klinik gekommen ist? Wie ändert sich die Einstellung des Patienten zum Klinikaufenthalt und zur Entlassung, wenn ein ihm genannter Entlassungstermin nicht eingehalten worden ist? Dieser Umstand wurde in der vorliegenden Arbeit nicht berücksichtigt. Welchen Einfluß hat die Frage der Kosten auf die Einstellung des Patienten zum Klinikaufenthalt?

Wie ändert sich die Einstellung des Patienten, wenn die Befragung an verschiedenen psychiatrischen Kliniken durchgeführt wird?

Zuletzt soll noch einmal an die Patienten erinnert werden, die die Beantwortung des Fragebogens abgelehnt haben. Es wäre interessant, gerade die Antworten dieser schweigenden Minderheit zu erfahren, da sie vielleicht die Patienten umfaßt, die sich, wie Basaglia (8) es ausdrückt, "nicht zum Objekt degradieren lassen". Ihr Schweigen ist mehrdeutig und nur der Spekulation zugänglich.

ZUSAMMENFASSUNG

Im 1. Teil der Arbeit wird ausführlich auf Literatur im engeren und weiteren Umkreis der Thematik der Untersuchung eingegangen.

Im 2. Teil werden die an der Universitätsnervenklinik München zum Thema durchgeführten Untersuchungen dargestellt. An freiwillig in die Klinik eingetretenen Kassenpatienten wurde eine Befragung mittels eines Fragebogens durchgeführt.

Durch statistische Bearbeitung des dadurch gewonnenen Materials wurden verschiedene statistisch signifikante und -auffällige Ergebnisse gewonnen.

Die Ungewißheit über den Entlassungstermin kann für den Patienten ein Frustrationserlebnis darstellen, das sich vielfach in Gefühle der Resignation oder Aggression umsetzt. Diese wiederum können zur Ursache für Zwischenfälle in der psychiatrischen Klinik werden. Ein eindeutiger Zusammenhang zwischen Gefühlen der Resignation oder Aggression und körperlichen Befindensänderungen wurde nicht gefunden.

Die Mehrzahl der befragten Patienten fühlte sich wegen der Ungewißheit über den Entlassungstermin nicht beunruhigt. Sie betrachtet den Klinikaufenthalt als sinnvoll.

Einflüsse sozialer Faktoren auf die Vorstellungen und das Erleben des Patienten konnten nur in zwei Fällen gefunden werden.

Hinweise für den Arzt in der Klinik, ein Vergleich von Untersuchungsergebnissen mit Angaben in der Literatur und die Darstellung möglicher Einwände gegen die Arbeit bilden den Abschluß.

Herrn Prof. Dr. H. Dietrich danke ich ganz herzlich für die Überlassung des Themas und seinen Rat und seine Geduld bis zur Fertigstellung der Arbeit.

Herrn Prof. Dr. H. Hippius danke ich für die Übernahme des Koreferates.

Mein Dank gilt auch dem Institut für Medizinische Statistik, Dokumentation und Datenverarbeitung der Technischen Universität München, insbesondere Herrn Diplommathematiker Dr. A. Neiß und Frl. U. Hoffmann, für die Beratung in statistischen Fragen und die technische Durchführung der Datenverarbeitung.

Zuletzt danke ich dem ärztlichen und pflegerischen Personal der Universitätsnervenklinik München für seine freundliche Unterstützung während der Zeit der Patientenbefragung.

LITERATURVERZEICHNIS

Die laufenden Nummern entsprechen den im Text der Arbeit erscheinenden Zahlen hinter den Autorennamen.

1. Degkwitz, R., Schulte, P.W.: Einige Zahlen zur Versorgung psychisch Kranker in der Bundesrepublik.
Nervenarzt 42 (1971), 169-180
- 1a. Interview mit Degkwitz, R.: "Beseitigung der Mißstände in bundesdeutschen psychiatrischen Kliniken kostet nur 25 km Autobahn."
Medical Tribune Nr. 11, 16. März 1973
2. Christian, W.: Krankenhausstatistik 1970
Bundesgesundheitsblatt Nr. 11, 26.5.72, 15. Jahrgang
3. Büchel, H.: Grundsätzliches zur Aufenthaltsdauer.
in "Krankenhausprobleme der Gegenwart", Bd. 2, 1968, 73
4. Scholer, H.: Die Verweildauer aus ärztlicher Sicht.
in "Krankenhausprobleme der Gegenwart", Bd. 2, 1968, 78
5. Parow, E.: Psychotisches Verhalten und Umwelt. Eine sozialpsychologische Untersuchung.
1. Aufl., Edition Suhrkamp, Frankf. a.M., 1972
6. Cooper, D.: Psychiatrie und Antipsychiatrie.
1. Aufl., Edition Suhrkamp, Frankf.a.M., 1971
7. Goffman, E.: Asyle.
Suhrkamp, Frankf.a.M., 1972
8. Basaglia, F.: Die negierte Institution.
Suhrkamp, Frankf.a.M., 1971
9. Enzensberger, H.M., Michel, K.M. (Hrsgb.):
Kursbuch 28. Das Elend mit der Psyche. I Psychiatrie
Kursbuch-Verlag/Wagenbach, Berlin, 1972
10. Hemprich, R.D., Kisker, K.P.: Die "Herren der Klinik" und die Patienten.
Nervenarzt 39 (1968), 433-441

11. Kretz, H.: Prinzipielle Gesichtspunkte einer Verwaltungs- und Benützungsordnung für die Psychiatrie bzw. psychologische Medizin.
Sozialpsychiatrische Informationen, 1. Aufl., Nr. 4, Okt. 1971, 51
12. Strotzka, H.: Einführung in die Sozialpsychiatrie.
Rowohlt, Reinbek bei Hamburg, 1965
13. Erklärung der Assistenten der Psychiatr. und Neurolog. Universitätsklinik Frankfurt
in Sozialpsychiatr. Informationen Nr. 6, Dez. 1971, 41 f.
- 13a. Bauer, M., Richartz, M.: Vom Elend der Psychiatrie in diesem Lande: Rehabilitation und präventive Möglichkeiten in der Psychiatrie.
Sozialpsychiatr. Informationen Nr. 4, Okt. 1971, 2 f.
14. Watt, D.C., Buglass, D.: The Effekt of Clinical and Social Factors on the Discharge of Chronic Psychiatric Patients.
Soc. Psychiat. 1 (1966), 57-63
15. Dörner, K.: Entstehung und Wirkung psychiatrischer Diagnosen.
Sozialpsychiatr. Informationen Nr. 1, März 1972, 3 f.
- 15a. Zutt, J.: Freiheitsverlust und Freiheitsentzug. Schicksale sogenannter Geisteskranker.
Springer, Berlin, Heidelberg, New York, 1970
16. Eckardt, W., Nathan, M.K. (Hrsgb.): Planung im Gesundheitswesen. Dilemma und Notwendigkeit.
Symposion des Quickborner Teams am 3./4.7.69 in Quickborn. Prioritätsprobleme und Planungsmethoden im Gesundheitswesen.
Schnelle-Verlag, Quickborn, 1970
17. Michael, Stanley T.: Social Class and Psychiatric Treatment.
J. psychiat. Res. 5 (1967), 243-254

18. Kahn, Fink, Siegel: Sociopsychological Aspects of Psychiatric Treatment. A Report of Treatment in 3 Voluntary Hospitals.
Arch. gen. Psychiat. 14 (1966), 20-25
19. Linn, E.L.: Relevance of Psychotic Patients' "Insight" to their Prognosis.
Arch. gen. Psychiat. 13 (1965), 424-428
- 19a. Schulte, W.: Klinik der "Anstalts"-Psychiatrie.
Thieme, Stuttg., 1962
20. Schulte, W.: Die gesunde Umwelt und ihre Reaktion auf Psychosen und Psychopathen.
in: Ehrhardt, H., Ploog, D., Stutte, H. (Hrsgb.):
Psychiatrie und Gesellschaft.
Huber, Bern, 1958
21. Cabanis, D.: Psychiatrie und Öffentlichkeit.
Dtsch. Z. f. ges. gerichtl. Med. 57 (1966), 99-105
22. Delay, J., Pichot, P.: Medizinische Psychologie. Ein Kompendium.
2. unveränderte Aufl., Thieme, Stuttg., 1968
23. Kuiper: A Few Notes on the Disease Concept.
Psychiat. Neurol. Neurochir. 70 (1967), 187-190
24. Fromm, E.: Die Furcht vor der Freiheit.
Steinberg-Verlag, Zürich, 1945
25. Husserl, E.: Zur Phänomenologie des inneren Zeitbewußtseins (1893-1917)
in: Husserliana, E. Husserl, Gesammelte Werke Bd. 10
Hrsgb. Boehm, R.
Martinus Nijhoff, Haag, 1966
26. Heidegger, M.: Sein und Zeit.
10. unveränderte Aufl.
Max Niemeyer, Tübingen, 1963
27. Wittmann, J.: Raum, Zeit und Wirklichkeit.
Arch. Psychol. 47 (1924), 428-511

28. Bergius, R.: Formen des Zukunftserlebens. Eine experimentelle Untersuchung zur Motivations- und Denkpsychologie.
Barth-Verlag, München, 1957
29. Keller, H.: Psychologie des Zukunftsbewußtseins.
Zschr. Psychol. 124 (1932), 211-290
30. Alexander, J.: Die Zeit und der metapsychologische Begriff der Anpassung.
Psyche 21/9 (1967), 693-698
31. Plügge, H.: Wohlbefinden und Mißbefinden. Beiträge zu einer medizinischen Anthropologie.
Max Niemeyer, Tübingen, 1964
32. Bappert, W.: Praktische Psychologie für Mediziner. Ein seelenkundlicher Leitfaden für den Arzt und seine Helfer.
Werk-Verlag Dr. E. Banaschewski,
München-Gräfelfing, 1966
33. Kastenbaum, R.: The Dimensions of Future Time Perspective. An Experimental Analysis.
J. of gen. Psychol. 65 (1961), 203-218
34. Kastenbaum, R.: The Direction of Time Perspective. I The Influence of Affectiv Set.
J. of gen. Psychol. 73 (1965), 189-201
35. Schilder, P.: Psychopathology of Time.
J. nerv. ment. Dis. 83 (1936), 530-546
36. Benussi, V.: Psychologie der Zeitauffassung.
Bd. 6 der Reihe "Psychologie in Einzeldarstellungen",
Carl Winter's Universitätsbuchhandlung, Heidelberg, 1913
37. Liebmann, O.: Über absolute, objektive und subjektive Zeit.
in: Zur Analysis der Wirklichkeit.
Straßburg, 1876

38. Mann, H., Siegler, M., Osmond, H.: The Many Worlds of Time.
J. anal. Psychol. 13 (1968), 33-56
39. Eissler, K.R.: Time Experience and the Mechanism of Isolation.
Psychoanal. Rev. 39 (1952), 1-22
40. Spielrein, S.: Die Zeit im unterschwelligem Seelenleben.
Imago 9 (1923), 300-317
41. Harnik, J.: Die triebhaft-affektiven Momente im Zeitgefühl.
Imago 11 (1925), 32-57
42. Wallace, M., Rabin, A.J.: Temporal Experience.
Psychol. Bull. 57 (1960), 213-236
43. Fredericson, E.: Time and Aggression.
Psychol. Rev. 58 (1951), 41-51
44. Gent, W.: Das Problem der Zeit.
Schulte-Buhnke, Frankf., 1934
45. Wallach, M.A., Green, L.R.: On Age and the Subjective Speed of Time.
J. Geront. 16 (1961), 71-74
46. Schilder, P.: Einige Bemerkungen über das Zeitproblem.
Nervenarzt 42 (1971), 169-180
47. Frischeisen-Köhler, I.: Das persönliche Tempo. Eine erbbiologische Untersuchung.
Thieme, Leipzig, 1933
48. Knapp, R.H., Garbutt, J.T.: Time Imagery and the Achievement Motive.
J. Personality 26 (1958), 426-434
- 48a. Leshan, L.L.: Time Orientation and Social Class.
J. abnorm. Psychol. 47 (1952), 589-592
49. Villalafella Gran, J.: Espacio y tiempo patológicos.
Rev. Psiquiat. Psicol. med. 7 (1966), 470-479

50. Straus, E.: Das Zeiterleben in der endogenen Depression und in der psychopathischen Verstimmung.
Msschr. Psychiat. Neurol. 68 (1928), 640-656
51. Zutt, J.: Über verstehende Anthropologie. Versuch einer anthropologischen Grundlegung der psychiatrischen Erfahrung.
in: Psychiatrie der Gegenwart Bd. 1, 2, 764-850
Springer, Berlin-Heidelberg-Göttingen, 1963
52. Orne, J.E.: Time Estimation and the Nosology of Schizophrenia.
Brit. J. Psychiatr. 112 (1966), 37-59
53. Williams, St.G.: Temporal Experience and Schizophrenia.
Dissert. Abstracts, 1966 (26) (11), 6862-6863
54. De La Garza, C.O., Worchel, Ph.: Time and Space Orientation in Schizophrenics.
J. abnorm. soc. Psychol. 52 (1956), 191-194
55. Wallace, M.: Future Time Perspective in Schizophrenia.
J. abnorm. soc. Psychol. 52 (1956), 240-245
56. Calabresi, R., Cohen, J.: Personality and Time Attitudes.
J. abnorm. Psychol. 73/5 (1968), 431-439
57. Ohm, A.: Persönlichkeitswandlung unter Freiheitsentzug. Auswirkungen von Strafen und Maßnahmen.
Walter de Gruyter, Berlin, 1964
58. Melges, F.T., Fougereousse, C.E.: Time Sense, Emotions, and Acute Mental Illness.
J. psychiat. Res. 4 (1966), 127-140
59. Shybut, J.: Time Perspective, Internal vs. External Control, and Severity of Psychological Disturbance.
J. clin. Psychol. 24/3 (1968), 312-315
60. Klages, W.: Der menschliche Antrieb.
Thieme, Stuttg., 1967

61. Jores, A.: Vom kranken Menschen. Ein Lehrbuch für Ärzte.
Thieme, Stuttg., 1960
62. Balint, M.: Der Arzt, sein Patient und die Krankheit.
3. Aufl., Klett, Stuttg., 1965
63. Mitscherlich, A.: Krankheit als Konflikt. Studien zur
psychosomatischen Medizin 2.
2. Aufl., Suhrkamp, Frankf., 1968
64. Weizsäcker, V. v.: Arzt und Kranker, Bd. 1
K.F. Koehler, Stuttg., 1949
65. Tochtermann, W.: Das Wort als Arznei. Der Psychothera-
peut und sein Patient.
Hippokrates-Verlag, Marquardt und Cie., Stuttg., 1952
66. Luban-Plozza, B., Knaak-Sommer, L.: Der ganzheitliche
Mensch. Neue Wege zur körperlichen und seelischen Ent-
spannung.
Goldmann, München, 1972
67. Krüger, H.: Therapeutische Strategien in der Sozialpsy-
chiatrie. Führungs- und Behandlungsstile.
Sozialpsychiat. Informationen Nr. 6, Dez. 1971, 48 f.
68. Schultz, J.H.: Die seelische Krankenbehandlung (Psycho-
therapie). Ein Grundriß für die Fach- und Allgemeinpra-
xis.
8. erweiterte und verbesserte Aufl.,
Gustav Fischer, Stuttg., 1963
69. Flegel, H.: Die psychiatrische Krankenabteilung als the-
rapeutische Gemeinschaft.
Nervenarzt 37 (1966), 160-164
70. Adono, Th.W., et al.: Der autoritäre Charakter. Bd. 2
Studien über Autorität und Vorurteil.
Schwarze Reihe Nr. 7
De Munter, Amsterdam, 1969
71. Posch, U.: Der Arzt läßt mich nicht aus dem Bett. Warum
Deutschlands Kliniken überfüllt sind.
Weltbild Nr. 7, 27.3.1971, 41 f.

- 71a. Alexander, Franz: Zwei Formen der Regression und ihre Bedeutung für die Therapie.
Psyche IX (1955/56), 668-683
72. Mitscherlich, A.: Aggression und Anpassung.
in: Marcuse, H., et al.: Aggression und Anpassung in der Industriegesellschaft.
3. Aufl., Suhrkamp, Frankf., 1969
73. Meyendorf, R.: Das Belästigungssyndrom als psychotisches Durchgangssyndrom. Beitrag zum regressiven Verhalten in der Psychose.
Inaugural-Dissertation, Ludwig-Maximilians-Universität, München, 1968
74. Dembo, T., Hanfmann, E.: The Patients' Psychological Situation upon Admission to a Mental Hospital.
Amer. J. Psychol. 47 (1935), 381 f.
75. Bierer, J.: Gegenwart und Zukunft psychiatrischer Krankenhäuser.
Z. Psychother. med. Psychol. 15 (1965), 122-125
76. Kluge, E., Schigutt, R.: Vergleichende Untersuchungen soziologischer Zusammenhänge in psychiatrischen Krankenabteilungen.
Psychiat. neurol. 133 (1957), 151-166
77. Hellner, H.: Arzt, Kranker, Krankheit.
J.F. Lehmanns, München, 1970
78. Hertel, G.: Ärztliche Auskunft.
Gustav Fischer, Stuttg., 1966
79. Seyfarth, C.: Der Arzt im Krankenhaus ("Ärzte-Knigge"). Über den Umgang mit Kranken und Pflichten, Kunst und Dienst der Krankenhausärzte.
5. durchgesehene und verbesserte Aufl.,
Thieme, Leipzig, 1946
80. Levitor, N.D.,
Vop. Psychol. 6 (1967), 118-129

81. Schmidt-Mummendey, A.: Bedingungen aggressiven Verhaltens.
Huber, Bern, Stuttg., Wien, 1972
82. Drerer, J., Fröhlich, W.D.: dtv-Wörterbuch zur Psychologie.
3. völlig neu bearbeitete
Deutscher Taschenbuchverlag München, 1971
83. Koester, H.: Möglichkeiten und Grenzen der Freizügigkeit in der stationären Behandlung psychisch Kranker. Eine statistische Auswertung über Zwischenfälle im Psychiatrischen Krankenhaus.
Nervenarzt Heft 9 (1969), 421-430
84. Diebold, K.: Zum Problem der Zusammenhänge von Anlage und Umwelt in der Psychiatrie.
Nervenarzt Heft 9 (1969), 401-413
85. Siguan-Soler, M.: Mensch und Zeitlichkeit.
Jb. Psychol. Psychother. 15 (1967), 12-24
86. Gerstenbrand, F.: Psychiatrie und die arbeitende Gesellschaft.
Schriftenreihe der Bayer. Landesärztekammer, Bd. 14,
39-49
87. Bjerre, P.: Unruhe, Zwang, Angst.
J.F. Lehmanns, München, 1955
88. Lorenz, K.: Das sogenannte Böse. Zur Naturgeschichte der Aggression.
Dr. G. Borotha-Schoeler-Verlag, Wien, 1963
89. Schmidbauer, W.: Die sogenannte Aggression.
Hoffmann und Campe, Hamburg, 1972
90. Balint, M.: Angstlust und Regression.
Klett, Stuttg., 1960
91. Gumpert, M.: Patient und Arzt.
Scherz und Goverts, Stuttg., 1954

92. Levi, L.: Streß; Körper, Seele und Krankheit. Eine Einführung in die psychosomatische Medizin.
Musterschmidt-Verlag, Göttingen-Berlin-Frankf.-Zürich, 1964
93. Wieck, H.H.: Psychiatrie als Naturwissenschaft.
Schriftenreihe der Bayer. Landesärztekammer, Bd. 14, 20-39
94. Bleuler, E.: Lehrbuch der Psychiatrie.
11. Aufl., Springer, Berlin-Heidelberg-New York, 1969
95. Hartmann, H.: Psychologische Diagnostik. Auftrag - Test-situation - Gutachten.
W. Kohlhammer, Stuttg.-Berlin-Köln-Mainz, 1970
96. Statistisches Bundesamt Wiesbaden, Systematische Verzeichnisse: Klassifizierung der Berufe. Systematisches und alphabetisches Verzeichnis der Berufsbenennungen, Ausgabe 1970.
W. Kohlhammer, Stuttg.-Berlin-Köln-Mainz,
97. Diagnosenschlüssel und Glossar psychiatrischer Krankheiten. Deutsche Übersetzung der internationalen Klassifikation der WHO: ICD (ICD = International Classification of Diseases)
8. Revision,
und des internationalen Glossars. Stand: Herbst 1970
Springer, Berlin-Heidelberg-New York, 1971

LEBENSIAUF

Am 9.10.1946 wurde ich als 3. Kind des Metzgermeisters Georg Wirth und seiner Ehefrau Maria, geb. Tretter, in Weiden i.d. Opf. geboren.

Ich bin röm.-kath. Glaubens.

Nach 5 Jahren Volksschule besuchte ich 9 Jahre lang das Städt. Gymnasium Weiden i.d. Opf. für Mädchen, wo ich im Sommer 1967 die Reifeprüfung ablegte.

Im November 1967 begann ich das Studium der Humanmedizin in Würzburg. Nach 5 Semestern legte ich dort das Physikum ab.

Danach studierte ich 6 Semester am Klinikum r.d. Isar der Technischen Universität München.

Meine Famulaturen leistete ich am Städt. Krankenhaus in Weiden i.d. Opf. ab, am Städt. Behring-Krankenhaus in Westberlin, an der Nervenklinik der Universität München und an einer Privatklinik in Eckernförde.

Im Sommer 1973 legte ich am Klinikum r.d. Isar der Technischen Universität München die ärztliche Prüfung ab.

Am 7. 5. 1974 legte ich die mündliche Prüfung zum Erwerb des Doktordiploms in der Humanmedizin an der Medizinischen Fakultät der Universität München ab.

